

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁRSKA PRÁCA

Alexandra Urbancová

Socioekonomický status a zdraví

Socioeconomic Status and Health

Praha 2019

Vedúca práce: PhDr. Iva Štětovská, PhD.

Na tomto mieste sa chcem srdečne poďakovať PhDr. Ive Štětovskej PhD., za neoceniteľnú ochotu, čas a podporu pri písaní tejto práce aj v pre mňa ťažšom období a množstvo tipov na náhľad z rôznych perspektív na túto tému. Taktiež mojej rodine za nadhľad a trpezlivosť v období príprav tejto práce.

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne, s citovaním všetkých použitých zdrojov a literatúry, a že práca nebola a nebude využitá v rámci iného vysokoškolského štúdia či k získaniu iného alebo rovnakého titulu.

V Prahe 22.7.2019

.....

Alexandra Urbancová

Abstrakt:

Táto práca sa zameriava na postihnutie vzťahu medzi socioekonomickým statusom človeka a jeho zdravím. Prvá a druhá kapitola práce sú venované uchopeniu týchto pojmov a výpočtu najpoužívanějších definícií a prístupov, tretia kapitola nadväzuje uvedením možného pohľadu na vzťah medzi týmito dvomi javmi, a to konkrétne príčinnosť smerujúcu od zdravia k socioekonomickému statusu a príčinnosť smerujúcu od socioekonomického statusu k zdraviu. Štvrtá kapitola rozvádza možné vysvetlenia sprostredkovania vzťahu zdravia a socioekonomického statusu. Samostatná časť je venovaná psychosociálnej príčine rozdielov v zdraví na podklade SES a sociálnej distribúcii stresu.

Praktická časť uvádza návrh výskumu vzťahu dosiahnutého vzdelania, finančného príjmu i ich kombinácie a subjektívneho hodnotenia zdravia obyvateľov Slovenskej republiky, konceptuálne ukotvený v uskutočnenej práci slovenských autorov. Cieľom je pokračovať v skúmaní rozdielov a nerovností v zdraví v podmienkach tejto krajiny.

Kľúčové slová:

socioekonomický status, zdravie, príčiny rozdielov v zdraví, subjektívne vnímanie zdravia

Abstract:

This work focuses on the relationship between the socio-economic status of man and his health. The first and second chapters are devoted to understanding these concepts and naming the most widely used definitions and approaches, the third chapter follows by putting a perspective on the relationship between these two phenomena, namely the health-related causality to socio-economic status and the causality from socio-economic status to health. The fourth chapter elaborates on the possible explanations of the mediation of the relationship between health and socio-economic status. A separate part is devoted to the psychosocial cause of health differences based on SES and the social distribution of stress.

The practical part presents a proposal of research of the relationship between the achieved level of education, financial income and their combination and subjective evaluation of health of inhabitants of the Slovak Republic, conceptually anchored in the work of Slovak authors. The aim is to continue exploring health inequalities in the country.

Keywords:

Socio-economic status, health, causes of health inequalities, subjective perception of health

Obsah

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČASŤ	9
1 ZDRAVIE A JEHO DETERMINANTY	9
1.1 VYMEDZENIE POJMU ZDRAVIE	9
1.2 DETERMINANTY ZDRAVIA	11
2 VYMEDZENIE POJMU SOCIOEKONOMICKÝ STATUS.....	12
3 VZŤAH SOCIOEKONOMICKÉHO STATUSU A ZDRAVIA	17
3.1 PRÍČINNOSŤ SMERUJÚCA OD ZDRAVIA K SOCIOEKONOMICKÉMU STATUSU...17	
3.2 PRÍČINNOSŤ SMERUJÚCA OD SOCIOEKONOMICKÉHO STATUSU K ZDRAVIU19	
4 EXPLANÁCIA SPROSTREDKOVANIA VZŤAHU SOCIOEKONOMICKÉHO STATUSU A ZDRAVIA	24
4.1 VYBRANÉ HYPOTÉZY O SPROSTREDKOVANÍ VZŤAHU SOCIOEKONOMICKÉHO STATUSU A ZDRAVIA	24
4.2 PSYCHOSOCIÁLNA PRÍČINA ROZDIELOV V ZDRAVÍ NA PODKLADE EKONOMICKÉHO STATUSU.....	26
4.2.1 Sociálna distribúcia stresu.....	28
II. PRAKTICKÁ ČASŤ	32
5 POPIS VÝSKUMNÉHO PROJEKTU	32
5.1 VÝSKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	32
5.2 CHARAKTERISTIKA VÝSKUMNÉHO SÚBORU	34
5.3 VÝSKUMNÉ METÓDY	35
5.4 ADMINISTRÁCIA	36
5.5 SPRACOVANIE DÁT A INTERPRETÁCIA	36
6 DISKUSIA.....	39
ZÁVER	44
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	46
ZOZNAM TABULIEK	59
PRÍLOHA Č. 1	60

Úvod

Prečo sú niektorí ľudia zdravší než druhí? Prečo sú výsledky štúdií pomerne stabilné čo sa týka poukazovania na vplyv socioekonomického statusu na zdravie jedinca? Čím predovšetkým sa odlišuje človek s vyšším socioekonomickým statusom tak, že sa jeho zdravie v celkovom pohľade javí ako lepšie? Je možné nejak zachytiť vybrané zložky socioekonomického statusu, ktoré prispievajú ku kvalite zdravia a pracovať s nimi? Tieto a ďalšie otázky sú predmetom skúmania vzťahu socioekonomického statusu, jeho zložiek a zdravia, teda v psychológii primárne oblasti psychológie zdravia.

Spoločenský status je položený na základe zdieľaných presvedčení členov spoločnosti o vyššej či nižšej spoločenskej hodnote toho ktorého jednotlivca (Sedikides & Guinote, 2018). Javí sa, že statusové hierarchie sú naprieč ľudskou spoločnosťou univerzálne a vo formálnej či neformálnej forme prítomné vo všetkých spoločnostiach (Anderson, Hildreth & Howland, 2015). V moderných spoločnostiach dlhodobo patrí medzi hlavné determinanty statusu pracovná pozícia, vzdelanie a peniaze, tri komponenty, z ktorých pojmú socioekonomického statusu vytvoril sociológ Max Weber (1946). Asi nie je prekvapením, že vyšší status umožňuje jednotlivcom, ktorí sú jeho nositeľmi, väčší vplyv, viac slobody, lepší prístup k zdrojom a pevnejšie zdravie (Anderson et al. 2015).

Práve vzťahom medzi socioekonomickým statusom a zdravím, ktorého pojmú je tiež rôznorodé, sa zaoberá predkladaná bakalárska práca. Štúdium tohto vzťahu nie je novinkou, dohľadateľný prehľad z 30. rokov („Distribution of Wealth“, 1931) a v databázach prístupné štúdie z prelomu 50. a 60. rokov minulého storočia poukazujú na to, že spojitosti medzi týmito premennými boli a sú vnímané už pomerne dlhú dobu. Odvtedy bolo konštruovaných niekoľko prístupov k povahe tohto vzťahu.

V teoretickej časti tejto práce je cieľom predložiť v prvých dvoch kapitolách prehľad pojatí pojmov socioekonomický status a zdravie, následne v tretej kapitole predstaviť dva základné možné smery skúmania vzťahu socioekonomického statusu a zdravia, s pokračovaním vo forme predloženia vybraných hypotéz o príčinách rozdielov v zdraví na podklade sociálneho statusu vo štvrtej kapitole. V rámci tejto kapitoly je ako samostatná podkapitola rozvitá téma vplyvu sociálnej

distribúcie stresu. Ďalej práca pokračuje praktickou časťou. Navrhovaný výskum si kladie za cieľ získať nové dáta z prostredia Slovenskej republiky v rámci skúmania subjektívneho hodnotenia zdravia a socioekonomického statusu.

Skúmanie vzťahu socioekonomického statusu a zdravia bolo a je významnou témou, čoho dôkazom je aj zavedenie programu Svetovej zdravotníckej organizácie s názvom „Health-for-all policy for the twenty-first century,“ skrátené „Health 21,“ ktorého nadpolovičná väčšina bodov sa týka socioekonomických rozdielov medzi skupinami a prácou s nimi s cieľom zlepšiť globálne zdravie (World Health Organisation, 1998).

Táto bakalárska práca je citovaná podľa normy APA, vychádza zo zdrojov zahraničných i lokálnych, predovšetkým z krajín EÚ a prostredia USA.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 Zdravie a jeho determinanty

1.1 Vymedzenie pojmu zdravie

Zdravie je pojem, ktorý, môžeme tvrdiť, ľudia používajú v bežnom živote často a s implicitným porozumením jeho významu. Podľa Křivohlavého (2003) je zdravie hodnota, ktorú ľudia potrebujú k sebarealizácii a je dôležitým prostriedkom na uskutočňovanie našich priání a túžob, dosahovanie cieľov, pretože opačný stav - choroba, bráni človeku v uskutočňovaní zámerov a cieľov. Explicitné vyjadrenie významu pojmu zdravie nie je jednotné, ako bude uvedené nižšie, existuje niekoľko modelov a ďalších rozličných pojatí tohto pojmu. Pri skúmaní zdravia teda môžeme voliť rôzne východiská. Keď sa však na začiatok, s ohľadom na celkovú tému práce, pozrieme napr. na etymologický pôvod slov pre zdravie, resp. jeho opaku – choroba či ne-moc, v rôznych jazykoch nájdené výsledky svedčia o okruhu predstáv, ktoré vymedzovali štatút zdravia a choroby v spoločnosti. V sieti jazyka je už zachytené spojenie so statusom socioekonomickým. V češtine je choroba stav ne-mocnosti (Kapr & Müller, 1986).

Vývoj názorov na pojatie zdravia a choroby sa, prirodzene, vyvíjal, čo sa prejavilo v rôznych modeloch zdravia. Zdravie môže byť definované ako absencia choroby, ako schopnosť vyrovnať sa s dennodennými aktivitami či ako spôsobilosť k vyrovnanosti – stav balance, kde je u organizmu zdravie formou homeostázy (Rutter, 1987).

Asi najfrekvencovanejšia a všeobecne uznávaná definícia zdravia je tá stanovená Svetovou zdravotníckou organizáciou z roku 1946, ktorá znie: „Zdravie je stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako stav neprítomnosti choroby a slabosti.”

V roku 1977 túto definíciou ešte Svetové zdravotnícke zhromaždenie (World Health Assembly) rozširuje o „schopnosť viesť sociálne a ekonomicky produktívny život.“

Zaujímavé je, že podľa programu Svetovej zdravotníckej organizácie „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ prijatého v roku 1998 je pragmaticky stanovenou definíciou zdravia „zníženie úmrtnosti, chorobnosti a postihnutia v dôsledku zistiteľných

chorôb a porúch a nárast pociťovanej úrovne zdravia.“ Potenciál zdravia každého jedinca má byť určený možnosťou starať sa o seba i druhých a schopnosťou samostatne sa rozhodovať a uchovať si kontrolu nad svojim životom. Spoločnosť má vytvárať podmienky k tomu, aby ľudia mohli tento potenciál uplatniť.

Prístupy k zdraviu z hľadiska modelov, ktoré berú v úvahu viac či menej zložiek, začneme modelom biomedicínskym. Tento prístup predpokladá, že všetky choroby či fyzické ťažkosti môžu byť vysvetlené narušením fyziologických procesov, ktoré pramenia zo zranenia, biochemickej nerovnováhy, bakteriálnej alebo vírusovej infekcie apod. Choroby sú teda chápané ako záležitosť čisto telesná, oddelená od psychologických a sociálnych procesov. V 20. storočí tento prístup dominoval západnému lekárstvu (Sarafino, 1990).

Model bio-psycho-sociálny, v rámci vývoja psychosomatiky, predstavuje pokus začleniť psychické („psycho“) a environmentálne („sociálne“) vplyvy do tradičného biomedicínskeho modelu zdravia („bio“), a to nasledujúcim pojatím: bio faktory zahŕňajú genetické, vírusové, bakteriálne a organické poruchy; psycho faktory zdravia a choroby zahŕňajú kogníciu (očakávania ohľadne zdravia), emócie (napr. strach z liečby) a správanie (napr. fajčenie, stravovanie, cvičenie alebo konzumácia alkoholu); sociálne aspekty zdravia zahŕňajú spoločenské normy správania (napr. spoločenská norma podporujúca alebo zamedzujúca fajčenie), nátlak na zmenu správania (napr. očakávanie skupiny rovesníkov, rodičovský nátlak), spoločenské hodnoty týkajúce sa zdravia (napr. či je zdravie hodnotené pozitívne alebo negatívne), sociálnu triedu a etnikum (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

Napokon bio-psycho-sociálno-spirituálny model ktorý navrhuje ešte štvrtú zložku, a to zložku spirituálnu. Baštecká a Goldman (2001) uvádzajú, že zdravie i choroba sa môžu prejaviť vo všetkých týchto oblastiach, pretože poznáme poruchy na úrovni tela, psychiky, vzťahov i zmyslu. Človeka môžeme teda pojiť ako jednotu bio-psycho-sociálno-spirituálnu a uvažovať v súvislostiach systémov tela, osobnosti, vzťahov a ducha. Tieto štyri oblasti zodpovedajú základným potrebám človeka (Schermer, 2007).

Keď sa ešte vrátime k pôvodu slova zdravie, ktoré v gréčtine i latinčine znamenalo "celok," podľa Krivohlavého (2003) je potrebné i v dnešnej dobe chápať zo širšieho

pohľadu starostlivosť o zdravie, teda z holistického hľadiska, a tento holistický prístup posudzovať ako z biomedicínskeho pohľadu, čo je sledovanie celého organizmu človeka, tak i sociologického hľadiska, kde je človek vnímaný ako individualita a súčasť sociálnej skupiny (rodina, pracovný tím, obec, štát) a v tomto zmysle pristupovať k pojatiu zdravého človeka.

1.2 Determinanty zdravia

Zdravie nie je izolovaný jav, zdravotný stav jedinca (stav organizmu medzi zdravím a chorobou) je ovplyvňovaný celým radom okolností, z ktorých mnohé majú individuálny charakter (genetická predispozícia, povaha a vlastnosti osobnosti, "ladenie psychiky", ktorá sa týka individuálnej úrovne osobnej pohody - well-being, vulnerability tj. zraniteľnosti a resiliencie - pružnosti, nezdolnosti, schopnosti rýchlo sa spamätať), okrem individuálnych vplyvov sa uplatňujú početné vplyvy spoločenské a sociálne, a úzke je prepojenie úrovne, spôsobu a realizácie zdravotnej starostlivosti (Kebza, 2005).

Determinanty pôsobia na zdravie komplexne, delíme ich na vnútorné a vonkajšie faktory, sú vzájomne prepojené a pôsobia kladne aj záporne (Čeledová & Čevela, 2010). Ako možno usudzovať už z vyššie uvedených definícií, ľudské zdravie je zložitý mechanizmus, stojaci na nespočetnom množstve premenných, ktorými je ovplyvnené. V súčasnosti sa určujú 4 základné kategórie faktorov ovplyvňujúcich zdravie človeka. Faktory životného a pracovného prostredia s vplyvom cca 15-20%, genetické faktory s 10-15%, faktory životného štýlu až s 50% vplyvom a kvalita zdravotnej starostlivosti zhruba s 10-15% vplyvu (Kebza, 2005).

Determinanty nepôsobia na každého človeka rovnako, ich účinok je nešpecifický a ovplyvňujú viac zdravotných problémov (Provazník & Komárek, 2011).

Z určitého hľadiska má človek možnosť pôsobiť svojim správaním na tieto determinanty zdravia, čo sa týka hlavne prístupu k životnému štýlu, ktorý je schopný jedinec ovplyvniť svojimi individuálnymi aktivitami a zvykmi (Čeledová & Čevela, 2010).

2 Vymedzenie pojmu socioekonomický status

Socioekonomický status (SES) je premenná, ktorá vyjadruje pozíciu, ktorú zaberá každý človek alebo skupina ľudí v štruktúre spoločnosti (na spoločenskom rebríčku), teda v sociálnej stratifikácii (Keller, 1995).

Spoločenská vrstva sa skladá podľa väčšiny prameňov, inšpirovaných väčšinou názormi jedného zo zakladateľov modernej sociológie M. Webera, z dvoch základných komponent - triedy a statusu (Weber, 1946).

Triedna komponenta vyjadruje materiálne prostriedky, ktoré má jedinec k dispozícii, statusová komponenta reprezentuje rozdiely v životnom štýle, postojoch, názoroch, znalostiach atď. Za najprimeranejší ukazovateľ triednej (materiálnej) komponenty je pokladaná úroveň príjmov, za ukazovatele statusovej komponenty sú pokladané úroveň vzdelania a povolania (Stronks, Mheen, Bos & Mackenbach, 1997). Problémom je ale samozrejme adekvátne porovnanie krajín, v ktorých bola spoločnosť po príjmovej stránke dlhodobo či prakticky stále diferencovaná a spoločnosti, ktoré zažili isté obdobie relatívne rovnostárskeho systému.

Úroveň príjmov sa vzťahuje k mzde zo zamestnania, zisku z iných zdrojov, ako je napríklad nájomné a všetky obdržané príjmy. Príjmy tiež môžu byť v istých situáciách vo forme dávky v nezamestnanosti alebo odškodnenia pracovníka, sociálneho zabezpečenia, dôchodkov, úrokov alebo dividend, licenčných poplatkov, výživného alebo inej vládnej, verejnej alebo rodinnej finančnej pomoci. (Hill, 2000).

Príjem je indikátorom SES, ktorý pravdepodobne najprimeranejšie hodnotí materiálne zdroje jednotlivca (prípadne aj jeho rodiny). Príjem je možné použiť tiež ako relatívny indikátor stanovenia úrovne chudoby (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey Smith, 2006).

Vzdelanie zohráva významnú úlohu v zručnostiach pri získavaní pracovného miesta, ako aj pri špecifických kvalitách, ktoré stratifikujú ľudí s vyšším SES a nižším SES.

Pri hodnotení vzdelania sa postupuje obvykle, zvlášť v Českej republike, hodnotením na 5-stupňovej škále. Najčastejšie býva využívaný nasledujúci spôsob

hodnotenia: 1 = neukončená ZŠ, 2 = dokončená ZŠ, 3 = vyučený / -á, alebo SŠ bez maturity, 4 = SŠ s maturitou. 5 = dokončená VŠ (Straková, 2018).

V zahraničí sa často používa trojstupňový spôsob hodnotenia úrovne vzdelania - základné, stredoškolské a vysokoškolské (ISCED, 2011).

Pokiaľ nie sú v danom vyšetrení k dispozícii potrebné konkrétne údaje, možno ich nahradiť uvedením počtu rokov strávených školskou dochádzkou (Kunst & Mackenbach, 1994). Hlavným nedostatkom takto založených postupov zisťovania úrovne vzdelania sú predovšetkým chýbajúce informácie o kvalite vzdelania, ktorých získanie a najmä objektívne posúdenie býva veľmi problematické (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey Smith, 2006).

Annette Lareau (2003) v rámci vzdelania ako komponenty socioekonomického statusu hovorí o myšlienke tzv. zosúladenej kultivácie a vplyve rodičov na statusové postavenie ďalšej generácie, kde rodičia strednej triedy zohrávajú aktívnu úlohu vo vzdelávaní a rozvoji svojich detí pomocou riadených organizovaných aktivít a podpory pocitu vlastných schopností, prostredníctvom povzbudzovania a trávenia spoločného času. Laureau tvrdí, že rodiny s nižšími príjmami takýmto spôsobom často čas s deťmi netrávia, čo spôsobuje, že ich deti majú pocit obmedzenia schopností a možností vo svete.

Zaujímavým je pozorovanie štúdie (Schwab & Lew-Williams, 2016), že u rodičov z domácností s nižším SES je väčšia pravdepodobnosť, že budú svojim deťom dávať v rámci spoločnej interakcie rozkazy, zatiaľ čo rodičia s vyšším SES dávajú väčší priestor spolupráci a hre so svojimi deťmi. Z týchto dvoch rozdielov vo výchove detí sa tak rodí rozdelenie dosiahnutého vzdelania. Výskum ukázal, že deti, ktoré sa narodili v statusovo nižších domácnostiach majú slabšie jazykové schopnosti v porovnaní s deťmi vyrastajúcimi v domácnostiach s vyšším SES. Tieto jazykové zručnosti ovplyvňujú ich schopnosti učiť sa, a tým zhoršujú problém nerovností vo vzdelávaní medzi jednotlivcami z rôznych skupín SES.

Prestíž v zamestnaní, ako jedna zložka SES, zahŕňa tak príjmy, ako aj dosiahnuté vzdelanie. Pracovný status odráža dosiahnuté vzdelanie potrebné na získanie zamestnania a úrovne príjmov, ktoré sa líšia v závislosti od zamestnania v rámci povolání. Okrem toho ukazuje úspech v zručnostiach požadovaných pre danú prácu. Pracovný status meria spoločenské postavenie opisom charakteristík práce, schopnosti rozhodovania a kontroly a psychologických požiadaviek na prácu (Scott & Leonhardt, 2005).

Prestíž povolania je v USA zisťovaná počas sčítavania ľudu a zisťujú sa prieskumy verejnej mienky všeobecnej populácie. Medzi najprestížnejšie povolania patria lekári a chirurgovia, právnici, chemickí a biomedicínski inžinieri, vysokoškolskí profesori a analytici v oblasti komunikácie. Tieto pracovné miesta, ktoré sú považované za zoskupené v klasifikácii SES, poskytujú náročnejšiu prácu a väčšiu kontrolu nad pracovnými podmienkami, ale vyžadujú viac schopností. Medzi pracovné miesta s nižšou prestížou patria pracovníci v oblasti potravinárstva, úradníci, barmani a pomocníci, umývačky riadu, správcovia, pomocné sily v domácnosti a obsluha parkovísk. Menej hodnotné pracovné miesta tiež ponúkajú výrazne nižšie mzdy a často sú pracovne náročnejšie, veľmi nebezpečné a poskytujú menšiu autonómiu (Smith & Hout, 2012).

V Českej republike prebiehalo v roku 2004, 2007, 2011, 2013 a 2016 šetrenie pravidelne realizované Centrom pre výskum verejnej mienky Sociologického ústavu AV ČR (Tuček, 2016). Respondenti od 15 rokov, vybraní kvótových výberom vždy v počte okolo 1 000 účastníkov, zakaždým hodnotili 26 vybraných profesií podľa ich prestíže (ako si ich vážia) pomocou bodovej stupnice od 1 do 99 bodov. Podrobné výsledky v tabuľke pre všetky roky sú v Tabuľke 1.

	11/2004		6/2007		6/2011		6/2013		2/2016	
Profese	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.
Lékař	89,5	1.	89,8	1.	89,1	1.	91,5	1.	90,2	1.
Vědec	80,7	2.	81,8	2.	75,4	2.	76,3	2.	77,2	2.
Zdravotní sestra					73,9	3.	74,8	3.	72,9	3.
Učitel na vysoké škole	78,5	3.	78,2	3.	72,4	4.	74,6	4.	72,9	4.
Učitel na základní škole	71,3	4.	70,7	4.	70,3	5.	71,1	5.	70,8	5.
Soudce	64,8	6.	65,0	7.	61,0	7.	66,3	6.	64,0	6.
Projektant	64,1	7.	65,5	6.	61,7	6.	62,6	8.	61,2	7.
Programátor	66,3	5.	65,7	5.	60,8	8.	59,7	9.	59,7	8.
Soukromý zemědělec	59,1	10.	59,0	8.	60,3	9.	63,9	7.	58,2	9.
Policista	47,6	20.	52,1	13.	53,9	11.	55,7	10.	56,3	10.
Starosta	60,1	8.	57,4	9.	52,6	14.	53,1	13.	54,1	11.
Voják z povolání	44,8	22.	46,4	21.	48,3	17.	49,7	16.	53,6	12.
Truhlář	50,8	16.	51,4	14.	53,2	12.	55,6	11.	52,0	13.
Účetní	53,5	14.	51,3	15.	54,1	10.	52,3	14.	50,4	14.
Majitel malého obchodu	51,2	15.	50,1	16.	51,4	15.	54,8	12.	50,1	15.
Profesionální sportovec	56,1	11.	55,6	10.	51,2	16.	47,6	18.	49,3	16.
Opravář elektro	50,2	17.	49,7	18.	-	-	-	-	-	-
Soustružník	47,7	19.	49,0	19.	-	-	-	-	-	-
Manažer	59,4	9.	55,4	11.	53,0	13.	50,2	15.	48,8	17.
Ministr	53,8	13.	50,0	17.	38,0	24.	37,9	24.	46,5	18.
Stavební dělník					48,1	18.	49,3	17.	44,0	19.
Bankovní úředník	50,2	18.	48,7	20.	46,9	19.	45,7	19.	42,4	20.
Novinář	54,4	12.	53,0	12.	46,5	20.	43,8	21.	41,2	21.
Kněz	46,1	21.	43,2	22.	42,8	22.	38,0	23.	41,2	22.
Prodáváč	42,8	24.	41,5	23.	43,6	21.	44,7	20.	40,3	23.
Sekretářka	43,7	23.	40,5	24.	41,4	23.	40,0	22.	37,3	24.
Poslanec	39,9	25.	36,5	25.	27,0	26.	25,1	26.	31,2	25.
Uklízečka	29,4	26.	29,0	26.	34,0	25.	34,2	25.	28,9	26.

Tabuľka 1: Prestíž povolání (priemerné bodové hodnotenie) v rokoch 2004 – 2016 (Zdroj: Tuček, 2016, CVVM, Sociologický ústav AV ČR)

Z vyšetovania, ktoré prebiehalo vo februári 2016, je jednoznačne s viac ako desaťbodovým odstupom na prvom mieste povolania lekára (90,2 bodov). Ďalej sa na popredných priečkach umiestnilo povolania ako vedec, učiteľ na vysokej a základnej škole a tiež zdravotná sestra. Naopak na úplnom konci rebríčka sa v roku 2013 ocitlo povolanie poslanca (25,1 bodov), o kúsok pred ním sú upratovačka, minister a kňaz. V roku 2016 poslanci postúpili o 1 priečku vyššie, s 2,3 bodovým predstihom pred upratovačkami.

V moderných spoločnostiach, dá sa povedať, všetky zásadné znaky určuje profesia, čiže výkon konkrétneho povolania, keď teda poznáme profesiu jednotlivca, môžeme odhadovať aj príjem, vzdelanie, prestíž alebo spôsob života (Petrusek, 2009). Tento jav sa nazýva konzistencia sociálneho statusu. Existujú ale aj mnohé situácie, kde je status naopak inkonzistentný. Napríklad učiteľ na strednej škole obsadzuje vysoké priečky v rámci hodnotenia prestíže zamestnania, avšak jeho príjmy sú vo všeobecnosti nižšie a s nimi aj úroveň trávenia voľného času, na druhú stranu politici majú dlhodobu jednu z najnižších prestíží, a pritom sa ich príjmy pohybujú vysoko nad priemerom. Konkrétne v Českej republike je vysoká pravdepodobnosť výskytu inkonzistencie socioekonomického statusu kvôli minulému režimu. Stredná a staršia generácia boli zvyknuté žiť vo viac-menej rovnostárskej spoločnosti, čo sa napríklad príjmov týka, ale naopak prístup k vzdelaniu vykazoval výrazné nerovnosti (Hnilica, 2006).

Pre stanovenie SES sa používali rôzne, najčastejšie tri základné prístupy, využívajúce rôzne ukazovatele. Individualistický prístup sa vzťahuje k vlastnému povolaniu, vzdelaniu a príjmu posudzovaného človeka alebo skupiny. Konvenčný prístup založený na zistení povolania, vzdelania a príjmu tzv. vodcovskej osoby v rodine a model dominancie založený na zistení najvyššej úrovne vzdelania a príjmu v domácnosti (Häuberer & Šafr, 2012).

Vzhľadom na uvedené okolnosti je preto v medzinárodných prieskumoch skôr než zohľadňovanie príjmu jednotlivca, ktorý nemusí adekvátne vystihovať prevažujúce postavenie posudzovaných jedincov v spoločnosti, užívaný prístup, ktorý delí príjem domácnosti počtom jej členov (Kunst & Mackenbach, 1994) a berie tak do úvahy aj momentálne ekonomicky neaktívnych (nezaopatrených) členov (napr. deti, ženy v domácnosti atď.).

Z hľadiska vzniku, vývoja a zvládania krízových situácií je zvlášť významné rozlišovanie dvoch základných druhov SES, inšpirované prístupom amerického kultúrneho antropológa R. Lintona (1945), ktorý navrhol rozlíšenie vrodenných, získaných a pripísaných charakteristík SES. Možno tak rozlíšiť jednak vrodenný status, ktorý človek získa bez vlastného pričinenia narodením s určitými charakteristikami, týkajúcimi sa napr. pohlavia, ale aj vrodennú príslušnosťou k rodine a ďalšej skupine príbuzných, zaberajúci už určitú, predošlým vývojom stanovenú pozíciu v rámci SES. Ďalej dosiahnutý či získaný status, ktorého úroveň je daná dispozíciami, schopnosťami a vlastným úsilím jedinca a nakoniec pripísaný status, týkajúci sa napríklad veku a aktuálnej spoločenskej pozície. Toto dôležité rozlíšenie sa však často vo výskumoch vzťahu medzi SES a súvisiacimi premennými neobjavuje (Keller, 1995).

Socioekonomický status je typicky delený na tri úrovne (vyššia, stredná a nízka), do ktorých môže rodina alebo jednotlivec spadať. Pri zaradovaní rodiny alebo jednotlivca do jednej z týchto kategórií možno hodnotiť ktorúkoľvek z troch premenných - príjem, vzdelanie a povolanie (Šanderová, 2000).

3 Vzťah socioekonomického statusu a zdravia

Socioekonomický status i zdravie sú neodlúčiteľnými a dôležitými súčasťami života každého jednotlivca. Definícia ani jedného nie je celkom jednoznačná a jednotná, skúmanie vzájomného vzťahu teda obzvlášť nebude jednoduchou úlohou.

Na základe povahy väčšiny výskumov, ktoré poukazujú na vzťah medzi statusom a zdravím sa z metodologických dôvodov ťažko dokladá kauzalita aj jej smer. Kauzalita má ako jeden z predpokladov časový vzťah medzi príčinou a následkom, zatiaľ čo prierezové štúdie zachytávajú iba stav znakov v danej populácii v danom čase. Väčšina dohľadaných empirických štúdií je prierezového charakteru.

Predpoklad o vzťahu socioekonomického statusu by bolo možné tiež vysvetľovať odkazom na ich spoločný zdroj, konceptualizovaný napríklad ako biologický (alebo inak podložený) determinizmus, ak však vzťahujeme, po príklade štúdií, status a zdravie k sebe navzájom priamo, otázkou sa stáva charakter tohto vzťahu. Môžeme usudzovať na príčinnosť smerujúcu od statusu k zdraviu, či od zdravia k statusu (Kebza, 2005).

3.1 Príčinnosť smerujúca od zdravia k socioekonomickému statusu

Hypotéza pracujúca s týmto smerom kauzality sa nazýva výberová. Tvrdí, že chorí ľudia majú tendenciu prepadať sa na sociálnom rebríčku a teda nízky sociálny status nie je príčinou, ale následkom zlého zdravia (Žejglicová, 2007).

Už niekoľkonásobne nižšie množstvo výsledkov po vyhľadávaní tohto smeru príčinnosti poukazuje na to, že sa s touto hypotézou pracuje o poznanie menej. Vychádza však z predpokladu, že dosiahnutie statusu v spoločnosti vyžaduje úsilie, dlhodobé a cieľavedomé, schopnosť využiť príležitosti. Aby bol človek schopný toto úsilie uplatniť, predpokladá sa, že bude mať dostatočne pevné zdravie, aby vydržal, predovšetkým v príprave na zamestnanie a v jeho začiatkoch. Zdravotné výkyvy na tejto ceste môžu viesť k poškodeniu statusu v porovnaní s jeho potenciálom uplatniť sa bez hendikepu (Harper & Lynch, 2010; Baron-Epel & Kaplan 2001; Zeng-ying a Kaplan, 2003).

V súvislosti s touto hypotézou o kauzalite a jej smere možno zmieniť výskum životnej kariéry schizofrenikov (Dohrenwend, 2000). Schizofrénia často nastupuje v momentoch, obdobiach kritických pre budovanie kariéry, znemožňuje či významným spôsobom komplikuje dosahovanie pôvodne určených zámerov. Antonovsky v súvislosti so schizofréniou hovorí o typickom príklade nízkeho sense of coherence (Miech, Caspi, Moffitt, Entner Wright & Silva, 1999), znevýhodňujúcej týchto jedincov v plnohodnotnom uplatnení sa v spoločnosti.

V inej štúdii - „The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness“ sa hodnotili vzťahy medzi hodnotením vlastného zdravia, a rôznymi demografickými, klinickými, funkčnými a postojovými premennými v skupine dospelých s ťažkou a pretrvávajúcou duševnou chorobou (SPMI – serious and persistent mental illness). Predpokladalo sa, že horšie vlastné vnímanie fyzického fungovania a celkového zdravia by bolo významne spojené s vážnejšími symptómami a horším fungovaním a kvalitou života. Účastníkmi štúdie bolo 218 dospelých so SPMI zaradených do randomizovanej kontrolovanej štúdie. Hierarchická regresná analýza bola použitá na určenie toho, či psychiatrické symptómy, horšie vnímanie rolí v dôsledku fyzických zdravotných problémov a celkového všeobecného zdravia nezávisle prispeli k závažnejším symptómom a horšiemu fungovaniu a kvalite života. Psychické symptómy boli nepriamo úmerné veľkosti sociálnej siete a spokojnosti s bezpečnosťou. Zníženie celkového zdravotného stavu bolo významne spojené so zníženou pracovnou motiváciou, sebavedomím, súčasnou práceneschopnosťou, vlastným hodnotením fungovania a takmer všetkými subjektívnymi doménami spokojnosti so životom. V rámci tejto skupiny ľudí s ťažkým duševným ochorením boli psychiatrické symptómy minimálne spojené s výsledkami. Obmedzenia fyzických schopností prispeli viac a najdôležitejšie bolo integrované globálne meranie celkového vnímania zdravia. Výskumníci dospeli k tvrdeniu, že ak máme pomôcť osobám s ťažkou duševnou chorobou maximalizovať ich kvalitu života a fungovania, naše klinické intervencie by mali využívať prístup, ktorý uznáva dôležitosť skúseností pacientov s holistickým a integrovaným vnímaním zdravia (Dixon, Goldberg, Lehman & McNary, 2001).

Ďalší projekt realizuje Loughborough University („Life course impacts of health status on social and economic outcomes and transitions,“ 2018), s cieľom lepšie porozumieť zmenám v psychickom a fyzickom zdraví jednotlivcov a tomu, akým

spôsobom dopadajú na socioekonomické premenné. Tento projekt sa zameriava na vplyv zdravotného stavu na status jednotlivca i členov rodiny.

Hoci je doposiaľ realizovaný výskum naklonený hypotéze opačnej príčinnosti, teda smerujúcej od socioekonomického statusu k zdraviu, určite stojí za snahu skúmať aj menej uznávanú hypotézu a skúmať javy v opačnom smere, pre zachovanie nezaujatosti výskumu.

3.2 Príčinnosť smerujúca od socioekonomického statusu k zdraviu

Príčinnosť smerujúca od statusu k zdraviu, čiže sociálna kauzácia sa pokladá všeobecne za významnejšiu. Tento smer príčinnosti, má sa za to, je viac určujúci.

Výsledky prierezových štúdií v oblasti vplyvu SES so zložkami vzdelania, profesie a príjmu sú pomerne jednotné. Výskum publikovaný v The Lancet a koordinovaný z Imperial College London (Stringhini et al., 2017), ukázal, že faktory spojené so socioekonomickým postavením, ako je chudoba a slabé vzdelanie, sú mimoriadne dôležité pri predpovedaní výsledkov v oblasti zdravia a že nízka úroveň SES je rovnako zásadne vplývajúca ako spotreba tabaku, nezdravá strava, fyzická nečinnosť a škodlivé používanie alkoholu. Skúmaných bolo 1,7 milióna ľudí vo Veľkej Británii, Francúzsku, Švajčiarsku, Portugalsku, Taliansku, USA a Austrálii a použili pracovné tituly jednotlivcov na odhadnutie ich SES sledovali vek úmrtia.

Následne porovnali SES s hlavnými rizikovými faktormi (užívanie tabaku, nezdravá strava, fyzická nečinnosť a škodlivé používanie alkoholu), tak ako ich definovala Svetová zdravotnícka organizácia vo svojom globálnom akčnom pláne na prevenciu a kontrolu neprenosných chorôb, s cieľom znížiť neprenosné choroby do roku 2025 o 25%, ale vynecháva SES ako rizikový faktor týchto chorôb. Výskumníci zistili, že v porovnaní s ich bohatšími kolegami, ľudia s nízkym SES majú o 46% vyššiu pravdepodobnosť skorého úmrtia. Vypočítaný bol počet rokov stratených pre rôzne faktory. Tie porovnali so SES, pričom zistili, že najväčší počet stratených rokov bol v prípade fajčenia a cukrovky (priemerná dĺžka straty života je 6 rokov). Vysoký krvný tlak, obezita a vysoká konzumácia alkoholu boli spojené s menším počtom stratených rokov života (1,6, 0,7 a 0,5 roka) než nízky SES. Na základe týchto výsledkov autori hovoria, že nízka hodnota SES by mala byť zameraná popri konvenčných zdravotných rizikových faktoroch ako súčasť

národných a globálnych stratégií v oblasti zdravia s cieľom pomôcť znížiť predčasné úmrtie.

Takýto efekt nie je o nič menej skúmaný aj v detskej populácii: Deti a dospelávajúci s nízkym SES sú dvakrát až trikrát častejšie vystavené problémom duševného zdravia ako ich rovesníci s vysokým SES (Engels & Thielebein, 2011).

Ukazovatele SES v detstve sa líšia v predpovedaní nástupu, pretrvávania a závažnosti duševných porúch (Vukojevic, Zovko, Talic, Tanovic, Resic, Vrdolajk & Splavski 2017).

Nízky SES sa navyše vzťahuje na vyššie zaťaženie v rôznych oblastiach každodenného života a na vystavenie sa stresovým životným situáciám, pričom sa zistilo, že negatívne životné udalosti a iné stresy jasne súvisia so socioekonomickou pozíciou a nižšou rodičovskou výchovou. Príjem bol spojený s vyššou úrovňou stresu bez ohľadu na pohlavie adolescenta (Baum, Garofaldo & Yali, 1999).

Tiež asociácia medzi SES a symptómami duševných zdravotných problémov vo švédскеj vzorke adolescentov (Boe, Serlachius, Sivertsen, Petrie & Hysing, 2018) uvádza, že stresové životné udalosti a nižšie vzdelanie matky signifikantne predpovedali problémy s adaptáciou v adolescencii.

Podobné zistenia boli zaznamenané pre sprostredkujúcu úlohu životného stresu. O vzťahu medzi SES a duševným zdravotným stavom u mladých dospelých, ktorí sa zúčastnili na dlhodobej štúdii USA (Businelle, Mills, Chartier, Kendzor, Reingle & Shuval, 2014), možno celkovo predpokladať, že nízky SES je spojený s viacerými problémami a stresovými životnými skúsenosťami rodiny.

Štúdia HELEN (Health Lifestyle Environment) z Českej republiky, realizovaná v rámci Systému monitorovania zdravotného stavu obyvateľstva vo vzťahu k životnému prostrediu prebiehala v troch etapách (1998-2002, 2004-2005 a 2009-2014) a sledovala faktory zdravotného stavu, socioeconomickej situácie, životného štýlu a názorov na životné prostredie a zdravie.

V prvej etape štúdie (Státní zdravotní ústav Praha, 2004) boli získané údaje od 14214 osôb z 27 miest. Výsledky indikujú, že k hodnoteniu zdravia malo vzťah zo sledovaných faktorov dosiahnuté vzdelanie. Výraznou väzbou na pozitívne hodnotenie zdravia mala takisto finančná situácia. Osoby, ktoré v čase šetrenia považovali svoju finančnú situáciu za zlú mali 5x vyššiu pravdepodobnosť hodnotiť

negatívne aj svoje zdravie v porovnaní s ľuďmi spokojnými so svojou finančnou situáciou. Najsilnejší vzťah k prítomnosti dlhodobých zdravotných ťažkostí mala finančná situácia, osoby so zlou finančnou situáciou mali 2,4x väčšiu pravdepodobnosť pociťovať dlhodobé zdravotné ťažkosti.

Druhej etapy štúdie HELEN (Státní zdravotní ústav Praha, 2006) sa zúčastnilo 9230 respondentov v celkovo v 25 mestách a viedli k podobným výsledkom. Ukázalo sa tiež, že zo socioekonomických faktorov zohrávala najvýznamnejšiu úlohu finančná situácia. Autori si tento efekt opakovaným aj v nasledujúcej, poslednej etape vysvetľujú tým, že tento ukazovateľ do určitej miery zahŕňa vplyvy vzdelania ako aj zamestnania.

Aj výsledky tretej etapy štúdie HELEN (Státní zdravotní ústav Praha, 2014), ktorej sa zúčastnilo 5103 respondentov z desiatich českých miest, sú kongruentné s predchádzajúcimi zisteniami. Našiel sa významný vzťah medzi zdravotným stavom a socioekonomickými faktormi ako aj medzi zdravím a faktormi životného štýlu. Subjektívne hodnotenie zdravia bolo hodnotenými faktormi ovplyvnené silnejšie v komparácii s dlhodobými ťažkosťami. Autori si to vysvetľujú tým, že subjektívne hodnotenie zdravia sa utvára na základe spolupôsobenia fyzických, psychických aj sociálnych faktorov a nevypovedá len o telesnom zdraví, ale aj o pocite psychickej a sociálnej pohody respondenta. Práve subjektívne hodnotenie zdravia bude využité ako operacionalizácia zdravia v praktickej časti tejto práce.

Z príspevkov slovenských autorov možno spomenúť spracovaný prehľad socioekonomických determinantov vplyvov na zdravie v Slovenskej republike autormi Rehákom a Dragúňovou (2015), ktorí akcentujú význam vzdelania a zamestnania ako podstatné determinanty zdravia.

Štúdie sú častokrát realizované na základe kombinácie rôznych zložiek statusu, jednotnosť výsledkov však prináša aj pohľad na samostatné komponenty SES vo vzťahu k zdraviu. Uvedieme pojmami práce, s ohľadom na jej významný psychosociálny efekt a vzdelania, ktoré je považované za najvhodnejší prediktor vplyvu SES.

Práca je súčasťou života každého človeka, je to jeden z najdôležitejších determinantov majúcich vplyv na náš každodenný život. Má vplyv na naše sebavedomie, sebahodnotenie, pracovnú a životnú spokojnosť. V širšom kontexte má vplyv na postavenie v spoločnosti - sociálny gradient (Gillernová, Kebza, Rymeš et al., 2011). V práci chceme dosahovať určité ciele. Ide o tzv. uspokojenie z vykonanej práce a pocit zmysluplnosti toho čo robíme (Křivohlavý, 2006). Všeobecne možno povedať, že na náš zdravotný stav má vplyv fakt, či prácu máme, kde pracujeme, aké sociálne vzťahy máme na pracovisku a ako sme materiálne ohodnotení. Niektoré pracovné štúdie dokázali, že pracovné podmienky majú vplyv na nerovnosti v zdravotnom stave. Zdravie je ohrozené tam, kde ľudia zažívajú stres na pracovisku, nemôžu uplatniť svoje vedomosti a zručnosti, sú na nich kladené neprimerané nároky, majú malú kontrolu nad svojou prácou a nedostávajú primeranú odmenu za svoju prácu (Wilkinson & Marmot, 2003).

Súčasná spoločnosť kladie vysoký dôraz na realizovanie sa v práci. Ľudia sa usilujú o získanie dobrej práce, ale motivácia k práci je rozdielna u ľudí s najnižším vzdelaním, stredoškóľakov a vysokoškóľakov, ktorí majú oveľa vyššie ambície na získanie zaujímavej práce a využitie vlastných schopností. V hodnotovom rebríčku kladú ľudia dôraz na pracovnú motiváciu, čo predstavuje odmena za vykonanú prácu, istota práce a sebarealizácie v práci. Ľudia chcú pracovať v príjemnom prostredí, a aby im práca neznepríjemňovala profesijný či súkromný život. Dôraz na kultúru práce je kladený hlavne u ľudí s vyšším vzdelaním. Motivácia zárobku za odvedenú prácu je prioritné u ľudí s najnižším vzdelaním (Keller & Tvrдый, 2008).

Psychosociálne prostredie v zamestnaní je dôležitým determinantom zdravia. Ak majú ľudia dobré podmienky v práci a väčšiu kontrolu nad vlastnou prácou, sú na tom zdravotne lepšie. Je tu priamo ovplyvňovaný zdravotný stav jedinca. V opačnom prípade dochádza k častej absencii v práci a pracovnej neschopnosti, invalidite v dôsledku chronických chorôb. Je tu vyššie riziko rozvoja kardiovaskulárnych chorôb. Dochádza k degeneratívnym zmenám v organizme, bolestiam v oblasti chrbtice a pohybového systému, gastrointestinálnym a psychosomatickým ochoreniam (Wilkinson & Marmot, 2003).

Vzdelanie

Metaanalýza empirických štúdií „The health effects of education: a meta-analysis“, (Furnée, Groot & van den Brnk, H.M., 2008) poukázala na to, že úroveň vzdelania je v úzkej korelácii so zdravotným stavom. Táto skutočnosť sa potvrdzuje ako v prípade čiastkových ukazovateľov zdravotného stavu, akými sú úmrtnosť, stredná dĺžka života apod., tak i v prípade individuálneho subjektívneho hodnotenia zdravotného stavu. Táto korelácia je v prípade zdravia a vzdelania vyššia než na úrovni príjmu a zdravia či zamestnania a zdravia. Vzdelanie je nesporne determinantou i príjmu a profesie, ale efekt korelácie vzdelania a zdravia nie je uplatňovaný len cez tento nepriamy príčinný vzťah. Fuchs (1982) uvádza hypotézu tzv. časových preferencií, spočívajúcu v tom, že ľudia orientovaní viac na budúcnosť navštevujú školy dlhšiu dobu a majú vyššie investície do zdravia.

Štúdia Grossmana a Kaestnera (1997) zase ukazuje, že úroveň zdravia, meraná mierou úmrtnosti, mierou chorobnosti, sebahodnotením zdravotného stavu alebo fyziologickými ukazovateľmi zdravia, je veľmi tesne spätá s úrovňou dosiahnutého vzdelania. Uvádza sa tiež, že trendy v rozdieloch vo vzdelaní v prípade srdcových chorôb sú zodpovedné za mnoho pozorovaných zmien – najhoršie vzdelaní majú podstatne vyššie riziko úmrtí na srdcové ochorenia než osoby s lepším vzdelaním.

4 Explanácia sprostredkovania vzťahu socioekonomického statusu a zdravia

Okrem všeobecného skúmania súvislosti zdravia a SES, ako bolo uvedené vyššie, existuje niekoľko teórií a modelov, ktoré sa snažia uchopiť vzťah medzi statusom a zdravím. Mapujú rôzne oblasti a aspekty vzťahu. V nasledujúcej časti budú krátko predstavené niektoré významné teórie o sprostredkovaní vzťahu. V samostatnej podkapitole bude rozvedená psychosociálna príčina a v rámci nej sociálna distribúcia stresu, nakoľko je psychologicky relevantná.

4.1 Vybrané hypotézy o sprostredkovaní vzťahu socioekonomického statusu a zdravia

Hoci možno bezpochyby nájsť prípady, kedy statusovo vyššia skupina mala v niektorom parametri väčšie riziká a horšie zdravie, možno s veľkou mierou istoty tvrdiť, že empiricky takmer univerzálne platí vzťah, spojenie vyššieho socioekonomického statusu a lepšieho zdravia. Rôzni autori vysvetľujú tento vzťah na podklade rôznych príčin (Landsbergis, Cahill & Schnall, 1999; Sorensen, Barbeau, Hunt, & Emmons, 2004; Guimont, Brisson, Dagenais, Milot, Vézina, Mâsse, Moisan, Laflamme & Blanchette, 2006; Neumayer & Plümper, 2016; Wang & Geng, 2019, Galama & van Kippersluis 2019).

Teória základovej príčiny - fundamental cause (Link & Phelan, 1995), príp. basic cause (Liebersen, 1985), tvrdí, že vzťah medzi socioekonomickým statusom a zdravím je do takej miery určujúci, že je v zásade nezávislý od konkrétnych sprostredkujúcich mechanizmov. Ak sa urobia štatistiky distribúcie zdravia podľa sociálno-ekonomického statusu dnes a pred sto rokmi, budú vyzerat' v zásade rovnako, hoci sa medzitým dramaticky premenil charakter chorobnosti (infekčné choroby vs. chronické a degeneratívne ochorenie), predstavy a prostriedky medicíny k ich ovplyvneniu (detailné znalosti siete rizikových faktorov, moderné diagnostické metódy aj radikálnejšie prostriedky intervencie na základe etiopatogenetických predstáv, ktoré sú dnes k dispozícii) aj faktory prostredia (urbanizácia).

Dôvod pre takúto zotrúvajúcu asociáciu a esenciálny rys základových sociálnych príčin je, že lepšie postavenie zahŕňa prístup k zdrojom, ktoré môžu byť použité na

vyhnutie sa rizikám a na minimalizovanie dôsledkov choroby, v prípade, že sa objaví. Zdroje zahŕňajú peniaze, vedomosti, moc, prestíž a interpersonálne zdroje, zahrnuté do konceptov sociálnej podpory a sociálne siete. Bez ohľadu na súčasný profil chorôb a známych rizík tí, ktorí sú najlepšie situovaní s ohľadom na sociálne a ekonomické zdroje, budú chorobami menej zasiahnutí (Link & Phelan, 1995).

Snaha o zmiernenie nerovnosti je beztak veľkou témou a jedným z hlavných problémov súčasnej doby v EÚ. Svetová zdravotnícka organizácia vydala už zmieňovaný dokument *Health for all in the 21st century*, známy pod skratkou *Health 21* či *Zdravie 21* (1998). Dokument apeluje na to, že každá osoba má právo na zdravotnú pomoc v rovnakej miere a to v takej, ktorá je pre ňu nevyhnutná. Upozorňuje na aktuálne existujúce nerovnosti v zdravotnom stave i v spôsobe poskytovania pomoci a snaží sa pomôcť zraniteľným skupinám obyvateľov, tzv. *vulnerable groups*. Vychádza z hodnôt dĺžky života a hodnôt morbidity, zároveň sem patria aj subjektívne dáta, napr. hodnotenie kvality života. Upozorňuje na dôležitosť prežívaného subjektívneho pocitu nespravodlivosti a považuje za neprijateľné, aby v Európe naďalej existovali skupiny, ktoré túto nespravodlivosť vnímajú.

Hoci je absolútna rovnosť nedosiahnuteľným ideálom, javí sa, že celkovému zdraviu obyvateľstva rovnejší systém prospieva. Tzv. Gini index bol zavedený ako hodnota miery nerovnosti vo výške príjmov v danej krajine, pričom 0 by znamenala, že všetci obyvatelia dostávajú rovnako (Berndt, Fisher, Rajendrababu, & Studnicki, 2003; „Measuring health inequalities,“ 2001). Tento index je vysoký napr. v USA alebo Spojenom kráľovstve, v Českej republike je priaznivý („The World Factbook“, 2015).

Uvedme niekoľko ďalších formulovaných hypotéz, ktoré hľadajú vysvetlenie nerovnosti v zdraví sociálnych skupín: *Individuálna hypotéza* (Šolcová, Kebza, Kodl & Kernová, Nd.) hovorí, že vyšší príjem je zárukou vyššieho prístupu k starostlivosti bez ohľadu na iné ukazovatele, zdravie bohatších teda bude vždy lepšie, než u chudobných. *Kontextová (ekologická) hypotéza* vychádza z práce Wilkinsona (Jen, Jones & Johnston, 2009). Tvrdí, že to, na čom záleží, je porovnanie s ostatnými a distribúcia príjmov v spoločnosti. Nejde teda len o to, koľko toho človek má, ale koľko má v kontexte ostatných (ako prestížne je napr.

jeho zamestnanie). Táto hypotéza upozorňuje na vplyv nerovností v spoločnosti na zdravie a na dôležitosť sociálnej kohézie a redistribúcie prostriedkov. Ak má spoločnosť veľmi veľa chudobných, ovplyvňujú tým zdravie i tých bohatých. Veľmi bohatí by teda mali začať „chudobnieť“, aby im bolo lepšie, ale táto teória sa prakticky samozrejme neujala.

Ďalším možným vysvetlením rozdielov v zdraví je *individuálne zdravotne rizikové správanie*. To je v centre klinicko-epidemiologického výskumu identifikujúceho rizikové faktory. Správanie ale vysvetľuje maximálne 50% závislosti (Adler & Snibbe, 2003). Známe rizikové faktory nevysvetľujú príliš riziká kardiovaskulárneho ochorenia (Rose & Marmot 1981; Lynch & Browne, 1996). Ako vysvetlenie sa skúmali aj dôsledky nerovného prístupu k zdravotnej starostlivosti.

Pri snahe nájsť vysvetlenie na základe konkrétnych faktorov iných než individuálne rizikové správanie sa uvádzajú dve základné teórie či prístupy: *materiálna* (či neo-materiálna) a *psychosociálna*. Niektorí autori užívajú pojem "psychosociálna perspektíva" pretože skôr než o ucelený teoretický systém ide o mozaiku vzájomne sa dopĺňujúcich čiastkových prístupov (Kebza, 2005).

Elstad (1998) naznačoval, že by mohlo ísť o paradigmatický posun v chápaní vzťahu. Mohli by sa spätne prehodnotiť aj historické výskumy. Nakoniec sa priklonil k myšlienke o vzájomnom dopĺňaní materiálnej a psychosociálnej teórie resp. perspektívy.

4.2 Psychosociálna príčina rozdielov v zdraví na podklade ekonomického statusu

Psychosociálna perspektíva je novšia a v rôznych súvislostiach sa môže nazývať napr. "socio-kultúrna" či "kultúrno-behaviorálna“.

Pokusy nájsť psychosociálne vysvetlenie vzťahu medzi statusom a zdravím sa začali objavovať v 60. rokoch. V tejto dobe sa zdá, že materiálna prosperita odstránila hlavné materiálne príčiny zlého zdravia. Predpokladalo sa, že po ich odstránení dôjde k eliminácii vplyvu sociálno-ekonomického statusu na zdravie (Link & Phelan, 1995).

Psychosociálna perspektíva je kombináciou rôznych navzájom sa dopĺňujúcich prístupov a vysvetlení. Niekedy sa do rámca psychosociálnej perspektívy pojíma aj

rizikové správanie, inokedy sa má na mysli iba nešpecifický mechanizmus stresu. Stres, respektíve jeho sociálna distribúcia sa považuje za prevodnú páku zdravia. Stresová patogenéza sa môže manifestovať v rôznych orgánových systémoch, podľa interakcie konkrétnych faktorov a okolností. Inými slovami, na začiatku celého radu špecifických medicínskych stavov stojí, ako spúšťač, nešpecifický stresový mechanizmus. (Elstad 1998; Křivohlavý 2003). Stres sa opisuje ako nerovnováha medzi vnímanými nárokmi prostredia a zdrojmi organizmu k ich zvládaniu. Faktory spôsobujúce stres (stresory) môžu byť fyzikálnej povahy (hluk, horúčava, chlad) biologické (vyčerpanie, choroba) kognitívne (problémy k riešeniu, nároky prostredia) (Lundberg, 2006).

To akým smerom sa rozbehne patogenéza záleží na interakcii mnohých konkrétnych faktorov, dispozícií a vplyvov. Manifestovaná choroba a terminálny stav je potom konečným výsledkom procesu, ktorý sám o sebe ani nemusí byť "patogenetický" v zmysle neštandardných regulácií. Teória alostázy vysvetľuje akým spôsobom správne fungujúci, neporušené fyziologické regulácie pod tlakom (alostatickou záťažou) vyústi v posun v stave zdravia (Sterling, 2004).

V Českej republike sú významnými menami v oblasti psychológie zdravia Vladimír Kebza a Iva Šolcová. V rámci štúdia psychosociálnej nerovnosti (Kebza & Šolcová, 2007) vykonali 2 štúdie v Českej republike. Štúdia I zisťovala vzťah medzi finančným príjmom a sebahodnoteným zdravím. Dáta sa získali od skupiny 1508 jedincov získaných náhodným výberom kvót. Skupina bola reprezentatívnou vzorkou obyvateľov Českej republiky pokiaľ ide o pohlavie, vek, región.

Štúdia odhalila významnú súvislosť medzi zdravím a vekom. Zároveň štúdia odhalila, že respondenti s nižším stupňom vzdelania (základné, učňovské vzdelanie) má tendenciu hodnotiť svoj zdravotný stav ako horší ako respondenti s vyšším vzdelaním. Zároveň sa zistili štatisticky významné spojenie medzi príjmami a hodnotením zdravotného stavu, čím vyšší je príjem respondenta, tým viac je jeho/jej subjektívne vnímaný zdravotný stav priaznivý.

Údaje pre štúdiu II boli zozbierané v 26 okresoch Českej republiky. Vzorku činilo 2638 respondentov, 1214 žien a 1424 mužov vo veku od 18 až 79 rokov). Úroveň vzdelania, príjem, pohlavie, región a vek boli určené ako prediktory, sebahodnotené zdravie ako závislá premenná.

Rovnako ako v štúdií I sa odhalil pozitívny vzťah veku a nezistil sa žiadny vplyv pohlavia a regiónu. Podobne sa ukázal pozitívny vzťah medzi vzdelaním a sebahodnoteným zdravím a taktiež medzi príjmami a sebahodnoteným zdravím. Aj pri vylúčení účinku subjektov nad 60 rokov, ktorí väčšina sú na dôchodku a majú viacnásobné problémy, efekty vzdelania a príjmu na sebahodnotené zdravie zostali signifikantné.

Psychosociálna perspektíva sa opiera o štyri oblasti záujmu: sociálnu distribúciu stresu, zvládanie stresu (coping styles) zachytené sprostredkovateľskými konštruktmi, sociológiou emócií a sociálnou súdržnosťou (Elstad 1998). Sociálna distribúcia stresu sa považuje za jeden zo základných mechanizmov ako socioekonomický status dopadá na zdravie (Cairney & Krause, 2005), preto sa v ďalšej podkapitole zameriame na túto oblasť.

4.2.1 Sociálna distribúcia stresu

Empirický výskum sociálnej distribúcie stresu korigoval niektoré zakorenené predstavy. Predtým sa malo za to, že robotníci a podriadení sa nemusia o veľa vecí starať a sú stresu uchránení, na rozdiel od ubehaných manažérov. Manželstvo sa považovalo za stresové, a deti za životnú radosť. Ženy v domácnosti majú pokojné prostredie a stresu nie sú vystavené. Dnes je dokázané, že manažéri sú viac než stabilizovaní satisfakciou z moci, príjmu a kreatívnej kontroly, ktorá stres znižuje. Naopak, ženatí muži majú menej stresu, dieťa stres zvyšuje. Žena v domácnosti je viac stresovaná ako manžel v práci (Mirowski & Ross, 2003; Wilkinson & Marmot, 2003).

Rôzne zložky statusu ovplyvňujú sociálnu distribúciu stresu v rovnakom smere, ale rôznymi spôsobmi (Mirowski & Ross, 2003; Lundberg, 2006). Z hľadiska postupnosťou meritokratického získavania statusu v biografickej perspektíve je základom vzdelanie, ktorému následne zodpovedá profesia a príjem (Ross & Wu, 1995).

Uplatniť vedomosti a vytvárať zručnosti umožňuje avšak iba zamestnanie ktoré dáva priestor pre sebariadenie. Práve v tomto aspekte sa kvalitatívne odlišuje zamestnanie od povolania. V zamestnaní pracovník vykonáva rutinné úkony, o ktorých nemusí príliš premýšľať, s minimálnou rozhodovacou právomocou. Aj dnes pracovník vykonáva príkazy iných. Podľa Karaska (1979) nerovnováha medzi

tlakom práce (*work pressure*) a šírkou možností rozhodovať (*decision latitude*) vedie k pracovnému stresu. Siegrist (2013) model upravuje a nerovnováhu kladie medzi úsilie (*effort*) a odmenu (*reward*). Málo kvalifikovaná rutinná práca prináša mzdu ktorá niekedy nepostačuje ani na pokrytie životných nákladov (uživenie rodiny) a do práce musia chodiť obaja partneri.

Záťaž a nespokojnosť sa stupňuje bez vyhladky že by monotónnosť pracovného procesu bola prerušená (Thompson, Beauvais & Lyness, 1999). I deti týchto rodičov budú podrobené podobne bezútešnému procesu v reprodukci nevýhod - sociálne reprodukciu statusu na základe habitu predkladajú Bourdieu a Passeron (1990). Uvádza sa, že až 40 percent mladých v industrializovaných krajinách má psychiatrickú diagnózu (Miech et al., 1999). Títo dospelávajúci budú viac zastúpení v nižších vrstvách a horších školách a spoluvytvárať ich charakter (Kristensson & Öhlund, 2005).

Pracovné prostredie a charakter práce vyšších vrstiev je odlišný. Nie sú odcudzení od produktu svojej práce, môžu mať vplyv na stanovovanie cieľov, rozhodovanie, tempo práce. V práci sa realizujú. Kompetencie získané v naplňujúce práci chápanej ako povolanie prenáša aj do ostatných oblastí života (Mirowski & Ross, 2003). V práci tiež získavajú sociálne kontakty a vytvárajú si siete, čo sa tiež podieľa na znížení stresu. Stresová však podľa týchto autorov nemusí byť iba nedostatočná kvalifikácia, ale aj privysokej či „prevzdelanosť“ v prípade neuplatnenia sa na trhu práce, napríklad u prisťahovalcov ktorí pre vzdelanie dostali povolenie na pobyt v atraktívnej krajine, ale následne sa neuplatnili.

SES ovplyvňuje úroveň stresu a zdravia a kľúčovou pre psychické zdravie a pohodu jednotlivcov a komunit je predovšetkým práca (Blustein, 2008). Odborná a priemyselno-organizačná psychológia ukázala dôležitosť práce. Upozorňuje na to, ako podporuje prepojenie so širším sociálnym a ekonomickým svetom, zvyšuje blahobyt a poskytuje prostriedky k individuálnu spokojnosť a úspech (Blustein, 2006).

Čo sa stresorov na pracovisku týka, viacnásobné faktory môžu ovplyvniť fyzické zdravie a psychickú pohodu pracovníkov. Výskumy naznačujú, že pracovné zaťaženie a opakované a nebezpečné pracovné podmienky môžu mať škodlivé účinky na telesné zdravie, stres a vnímanie môže ovplyvniť psychickú pohodu človeka. Psychologické požiadavky pracovnej záťaže, vnímaný pocit kontroly zamestnancov nad ich výkonom, bezpečnostné stresory, organizáciu práce a

pracovnú atmosféru revidovali napr. Aittomäki, Lahelma, & Roos, 2003; Dembe, Erickson, Delbos, & Banks, 2005; Gillen, Baltz, Gassel, Kirsch, & Vaccaro, 2002; Landsbergis, Cahill, & Schnall, 1999; MacDonald, Harenstam, Warren, & Punnett, 2008.

Pracovný stres bol identifikovaný ako rizikový faktor pre hypertenziu, diabetes, muskuloskeletálne problémy horných končatín, problémy s chrbtom a kardiovaskulárne ochorenia. Vysoké nároky a nízka kontrola rozhodovania zase predpovedali srdcové choroby (Kuper & Marmot, 2003). Expozícia kumulatívnym pracovným stresom odhalila mierny nárast systolického krvného tlaku (Guimont et al., 2006), únava a deprivácia spánku súvisia zase s povinnými a dobrovoľnými nadčasmi a súvisia aj s pracovnými úrazmi v robotníckych profesiách (Barger, Cade, Ayas, Cronin, Rosner, Speizer & Czeisler, 2005).

Prevalencia fajčenia medzi pracovníkmi v nižších pozíciách je dvojnásobná ako u pracovníkov s vyšším statusom, čo možno vysvetliť dodatočnými psychologickými stresormi s nízkymi príjmami (Sorensen, Barbeau, Hunt, & Emmons, 2004). Mužská neplodnosť bola spojená s pracovným vyhorením pre osoby pracujúce v priemysle a stavebníctve (Sheiner, Sheiner, Carel, Potashnik, & Shoham-Vardi, 2002).

Oblasť psychosociálneho výskumu je pomerne rozsiahla a doposiaľ aktívne prehl'adávaná. Psychosociálny výskum podnietil možnosť vysvetlenia spoločenských rozdielov v zdraví z relatívnej deprivácie (Šolcová & Kebza 2002). Deprivilegovaní budú vyšším vrstvám závidieť, osvoja si bezmocnosť a bezútešnosť (HH – Helplessness-Hoplessness syndróm; learned helplessness Seligman) a agresivitu obrátia proti svojmu zdraviu. Hostilita je základný faktor, ktorý sprostredkuje vplyv stresového prostredia na kardiovaskulárne ochorenia.

Zdôrazňovať psychosociálne sprostredkovanie však neznamená, že základná príčina problému je psychologická alebo že sa s ňou dá vysporiadať psychologickú intervenciou. Myslieť si, že zapojenie psychosociálnych procesov vo vzťahu medzi distribúciou príjmov a zdravím znamená, že môžeme zabudnúť na distribúciu príjmov a sústrediť sa na psychosociálne intervenciu je opak pravdy (Wilkinson, 1997).

Je potrebné premýšľať v termínoch sociálnej štruktúry, ekologických podmienok života, telesnej konštitúcie a aktivity, sociálnych a kultúrnych procesov a

duševných a emočných dispozícií, zručností a skúseností (Wright, Williams & Wilkinson, 1998).

II. PRAKTICKÁ ČASŤ

5 Popis výskumného projektu

5.1 Výskumné otázky a hypotézy

Ako je zjavné z predchádzajúcich kapitol teoretickej časti, definícií oboch kľúčových konceptov, zdravia i socioekonomického statusu, je niekoľko. Pre výskumnú časť je základom operacionalizácia pojmov, ktoré budú skúmané a ktoré budú súčasťou formulovanej hypotézy. Cieľom výskumného projektu bakalárskej práce bude šetrenie vzťahu socioekonomického statusu (v dimenziách vzdelania a príjmu) a zdravia (operacionalizovaného ako subjektívne vnímanie a posúdenie zdravotného stavu), a to formou dotazníkového šetrenia. Spôsob získavania dát on-line formou s cieľom na vybrané demografické kategórie (veľkosť sídla, vzdelanie, apod.) na platforme sociálnej siete má zámerom byť pilotážou pre štúdie s väčšou vzorkou.

Návrh výskumu bude vychádzať z konceptuálneho pojatia socioekonomického statusu v práci Sopóciho a Hrabovskej (2015) z Katedry sociológie FF UK v Bratislave. Zameranie projektu bude na vyšetrenie vzťahu vybraných zložiek SES a subjektívne posudzovaného zdravia respondentov. Voľba subjektívneho posúdenia vzťahu je tiež založená na úvahe, že z v minulosti často používaných operacionalizácií zdravia je práve subjektívny postoj najbližší psychologickému aspektu zdravia. Ďalším dôvodom je možnosť rýchlejšieho a jednoduchšieho zberu dát, ako je tomu v prípade zisťovania objektívnych faktorov (prekonané choroby, aktuálne diagnózy, životný štýl a pod.)

Hypotézy stanovené v rámci nášho dotazníkového šetrenia budú:

H1: Jedinci s vyšším vzdelaním budú hodnotiť svoj zdravotný stav lepšie, ako jedinci s nižším vzdelaním. V rámci získaných dát budeme sledovať súvislosť najvyššieho dosiahnutého vzdelania a subjektívneho hodnotenia vzťahu. Predpokladáme, že i samostatná zložka – vzdelanie – v rámci SES bude vykazovať signifikantný efekt na hodnotenie zdravia.

H2: Jedinci s vyšším príjmom budú hodnotiť svoj zdravotný stav lepšie, ako jedinci s nižším príjmom. Uvažujeme, že vyššia príjmová skupina bude svoje zdravie hodnotiť pozitívnejšie, než skupina s príjmami nižšími.

H3: Jedinci s vyšším socioekonomickým statusom, určeným výškou dosiahnutého vzdelania a mesačným príjmom, budú hodnotiť svoj zdravotný stav lepšie, ako jedinci s nižším socioekonomickým statusom. Na podklade štúdií zmieňovaných v teoretickej časti uvažujeme, že spoločensky lepšie situovaní jedinci budú v dotazníku zaznamenávať vyššie hodnoty na škále subjektívneho hodnotenia zdravia. Porovnávaná bude vyššia, stredná a nižšia skupina, ako boli určené u Sopóciho a Hrabovskej (2015).

Zisťovanie subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia sa v rôznych variantoch vyskytuje i vo väčšine medzinárodných výskumných programov. Rozdiely v otázkach a variantoch, ktoré boli využité, popisuje tabuľka č. 2.

Zisťovanie	Otázka	Varianty
ISSP (2012) ¹	Povedali by ste, že Váš zdravotný stav je celkovo ...	výborný, veľmi dobrý, dobrý, ako-tak uspokojivý, zlý
ESS (2008) ²	Aký je Váš celkový zdravotný stav?	veľmi dobrý, dobrý, priemerný, zlý, veľmi zlý
EVS (2008) ³	Ako by ste celkovo popísali váš súčasný zdravotný stav? Povedali by ste, že je ...	veľmi dobrý, dobrý, priemerný, nie dobrý, vôbec nie dobrý
EU SILC ⁴	Ako by ste vo všeobecnosti zhodnotili Vaše zdravie? Je ...	veľmi dobré, skôr dobré, priemerné, skôr zlé, veľmi zlé
EHIS (2009) ⁵	Ako by ste celkovo zhodnotili Vaše zdravie? Je ...	veľmi dobré, skôr dobré, ani dobré/ani zlé, skôr zlé, veľmi zlé

Tabuľka č. 2: Zisťovanie subjektívneho hodnotenia zdravotného stavu v medzinárodných výskumoch.

¹ International Social Survey Programme

² European Social Survey

³ European Values Study

⁴ European Union Statistics on Income and Living Conditions

⁵ European Health Interview Survey

K identifikácii subjektívneho hodnotenia zdravia v našej práci budeme pristupovať otázkou použitou v rámci šetrenia Slovensko ISSP 2012 - Modul zdravie (Sopóci, Džambazovič & Gerbery, 2012), a teda:

Povedali by ste, že Váš zdravotný stav je celkovo:

s možnosťami:

výborný, veľmi dobrý, dobrý, ako- tak uspokojivý, zlý

Čo sa operacionalizácie komponent SES týka, v rámci posúdenia vzdelania využijeme taktiež rozdelenie podľa Sopóciho a Hrabovskej (2015). Pre posúdenie vzdelania využijeme delenie na 1 = dokončená ZŠ, 2 = SŠ bez maturity, 3 = SŠ s maturitou 4 = dokončená VŠ.

Príjmové kategórie rozdelíme na tri, a to na mesačný príjem do 450 EUR, príjem v rozmedzí 450-900 EUR a príjem nad 900 EUR, opäť po príklade práce Sopóciho a Hrabovskej (2015).

5.2 Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor bude zložený z respondentov žijúcich v Slovenskej republike, od 18 rokov, s približne rovnomerným zastúpením v kategóriách vzdelania (ZŠ, SŠ bez maturity, SŠ s maturitou, VŠ) a príjmu (do 450 EUR, 450-900 EUR, nad 900 EUR). Výber vzorky bude prebiehať nenáhodne, kvótnym výberom, získaný zo všetkých 8 krajov, cielený na rôzne kategórie sídel podľa veľkosti (do 1000, 1001-5000, 5001-20000, 20001-100000, nad 100000 obyvateľov).

Pre výskumný projekt budú získané údaje od minimálne 1000 jedincov. Popis vzorky bude sledovať charakteristiky: vek, pohlavie, dosiahnuté vzdelanie, výška čistého mesačného príjmu, kraj, veľkosť sídla.

Výskumný súbor bude získaný a oslovovaný online formou, s ohľadom na cielený počet dotazníkov, na platforme sociálnej siete Facebook. Podľa štatistík tejto siete na Slovensku využíva Facebook 2,5 milióna osôb, z toho 1,3 milióna žien a 1,2 milióna mužov. Zaujímavosťou je, že zhruba 400 000 používateľov má nad 50

rokov, kategóriu 60 a viac rokov zastupuje 170 000 používateľov, teda pomerne vysoké počty jedincov vyššieho veku.

Tieto čísla sú dôvodom voľby tejto formy. Zároveň cielené oslovenie užívateľov využitím nastavenia reklamy či AdWords umožňuje jednoduchšie zacielenie na požadované kategórie probandov ako by tomu bolo v prípade terénneho výskumu.

5.3 Výskumné metódy

Navrhovaný projekt bude prebiehať formou dotazníkového šetrenia. Dotazník vychádza z hodnotenia premennej subjektívneho vnímania vlastného zdravia v medzinárodných i lokálnych výskumoch. Obsahuje otázku formulovanú v šetrení Slovensko ISSP 2012 (Sopóci, Džambazovič & Gerbery, 2012). Časť zisťujúca demografické údaje obsahuje 4 otázky, a to konkrétne na pohlavie, vek, príjmovú skupinu z 3 možností, najvyššie dosiahnuté vzdelanie z 4 uvedených možností, kraj a veľkosť sídla z 5 možností.

Dôvodom voľby dotazníkovej metódy je možnosť zberu väčšieho množstva dát za relatívne krátky čas. Zároveň je dotazníková metóda najčastejšou používanou metódou skúmania tejto problematiky. Subjektívne hodnotenie zdravia sa stalo za posledné desaťročia jedným z najpoužívanejších ukazovateľov zdravia na pomedzí sociálnych vied a epidemiológie, nakoľko sa zistilo, že predpovedá dĺžku života lepšie než prítomnosť biomedicínskych parametrov. Ukazuje sa, že tí, ktorí hodnotia svoje zdravie lepšie, žijú dlhšie. (Jylhä, 2009; Kreidl & Hošková, 2008; Šolcová & Kebza, 2006).

Spôsob operacionalizácie jednotlivých premenných vychádza z už uskutočňovaných šetrení. V prípade vzdelania sa jedná o dohľadateľne najčastejšiu formu delenia na 4 kategórie (ZŠ, SŠ bez maturity, SŠ s maturitou, VŠ). Príjmové kategórie boli zvolené podľa rozloženia príjmov na Slovensku, zároveň považujeme členenie na 3 kategórie ako užitočné pre pomerne jednoduché vytvorenie kategórií kombinácie príjmu a vzdelania ako zložky SES v hypotéze č. 3. Dôvod operacionalizácie SES zvoleným spôsobom argumentujeme nasledovne: Pri určitých typoch analýz je výhodnejšie z vecných dôvodov operacionalizovať status iba jednou či dvomi premennými. V takýchto prípadoch

sa najčastejšie ako indikátor SES používa dosiahnuté vzdelanie, o niečo menej často príjem. Vzdelanie spravidla časovo i kauzálne predchádza zamestnaniu i príjmu (Kreidl, 2008). V práci Sopóciho a Hrabovskej (2015) je uvedené, že kombinácia vzdelania a príjmu ako indikátorov SES je podľa skúseností mnohých realizovaných výskumov nerovností v oblasti zdravia je dostatočne platným a spoľahlivým indikátorom socioekonomického statusu.

5.4 Administrácia

Dotazník subjektívneho hodnotenia zdravia a následné otázky sledujúce demografické údaje vytvoríme v online forme použitím Google Formulára. Následne nastavíme cielené zobrazovanie dotazníkov vybraným kategóriám užívateľov sociálnej siete Facebook, teda kategóriám jednotlivcov s vysokoškolským, dvom kategóriám stredoškolského vzdelania a základným vzdelaním.

Reklamné zdelenie bude obsahovať výzvu k vyplneniu stručného jednootázkového dotazníku pre zisťovanie spokojnosti s vlastným zdravím na Slovensku, informácie o postupe, anonymite a spracovaní dát.

Po zozbieraní potrebného počtu získané dáta vyexportujeme a pripravíme k spracovaniu v programe Jamovi 1.0.

5.5 Spracovanie dát a interpretácia

Pre analýzu dát by sme použijeme program Jamovi vo verzii 1.0., ktorý disponuje možnosťou použitia *General linear modelov* (GLM), ktoré budú využité k overovaniu hypotéz.

Pre overenie hypotézy č. 1 použijeme štatistický test jednofaktorová ANOVA s prediktorom vzdelanie (základné, stredoškolské, stredoškolské s maturitou, vysokoškolské) a predikovanou premennou zdravie (päťstupňová Lickertova škála). Pred každým použitím testu ANOVA budú overované podmienky použitia. Podmienka nezávislosti pozorovaní vo vnútri skupín a medzi skupinami je v tomto prípade splnená. Normalita rozdelenia dát bude overovaná Shapiro-Wilcoxonovým testom. S ohľadom na plánovaný rozsah súboru aj v prípade porušenej normality

nebude uprednostnená neparametrická alternatíva Kruskal-Wallisov test, pretože bude splnená alternatívna podmienka $N > 30$. Homogenita rozptylov bude overovaná Levenovým testom. V prípade signifikantného výsledku testu a tým pádom indikovania signifikantného rozdielu medzi rozptylmi jednotlivých skupín, bude pred Fischerovým testom uprednostnená Welchová korekcia, ktorá počíta s odlišnou varianciou výberových súborov. K následným analýzám budú použité Tukey alebo Games-Howell Post-Hoc testy (v závislosti od homogenity alebo heterogenity rozptylov), ktorými budú vyšetrované párové porovnania medzi jednotlivými vzdelanostnými skupinami.

Pre hypotézu č. 2 použijeme obdobne štatistický test jednofaktorová ANOVA a prediktorom finančným príjmom (do 450 eur, 451-900 eur, nad 901 eur) a predikovanou premennou zdravie (päťstupňová Lickertova škála). Similárne budú overované podmienky použitia a v prípade signifikantného výsledku budú nasledovať post-hoc analýzy.

Vzhľadom na šetrenie s dvoma faktormi, hypotézu č.3 by sme mohli overovať štatistickým testom dvojfaktorová ANOVA s dvoma prediktormi a to príjmom (do 450 eur, 451-900 eur, nad 901 eur) a vzdelaním (základné, stredoškolské, stredoškolské s maturitou, vysokoškolské) a jednou predikovanou premennou zdravím (päťstupňová Lickertova škála). V prípade nesignifikantného výsledku interakcie medzi prediktormi príjmom a vzdelaním, budú jednotlivé účinky interpretované ako aditívne, to znamená, že sa navzájom neovplyvňujú. V prípade signifikantného výsledku interakcie, vplyv faktorov vzdelania a príjmu nemôžeme interpretovať ako aditívny a efekty prediktorov sa navzájom ovplyvňujú (napr. úroveň vplyvu vzdelania na zdravie závisí na úrovni príjmu alebo efekt príjmu na zdravie závisí od úrovne vzdelania), čo bude znamenať ďalšie šetrenie cez Estimated Marginal Means. Nasledovali by šetrenia cez jednofaktorová ANOVA pre jednotlivé filtrované kategórie príjmu alebo vzdelania podľa indikácii z interakčných grafov (tzv. Marginal Means Plots).

Keďže výskumný projekt vychádza z konceptuálneho pojatia socioekonomického statusu Sopóciho a Hrabovskej (2015) z Katedry sociológie FF UK v Bratislave, bude z neho vychádzať i analýza aj interpretácia dát. Použijeme preto pri overovaní hypotézy č. 1 prekódovanie kombinácií vzdelania a výšky príjmu podľa tabuľky č.

3 do troch úrovní socioekonomického statusu (nižší, stredný, vyšší), ktoré budú štatisticky porovnávané prostredníctvom jednofaktorovej ANOVY. Podobne budú overované podmienky použitia a v prípade signifikantného výsledku budú nasledovať post-hoc analýzy, ktorými budú vyšetrované rozdiely medzi jednotlivými úrovňami statusu a hodnoteného zdravia.

Sociálno-ekonomický status respondenta		Najvyššie ukončené vzdelanie respondenta			
		Základné	Stredné bez maturity	Stredné s maturitou	Vysokoškolské
Mesačný príjem respondenta	Nízky (do 450 Euro)	<i>Nižší status</i>	<i>Nižší status</i>	Stredný status	Stredný status
	Stredný (451–900 Euro)	<i>Nižší status</i>	Stredný status	Stredný status	Vyšší status
	Vysoký (nad 901 Euro)	Stredný status	Stredný status	Vyšší status	Vyšší status

Tabuľka 3. Operacionalizácia sociálno-ekonomického statusu na základe príjmu a dosiahnutého vzdelania

Výsledky analýz použitých pre testovanie hypotéz budú následne verbálne interpretované na základe predmetného konceptu prezentovaného v tabuľke č. 3.

Pre testovanie hypotéz vo výskume volíme hladinu spoľahlivosti štandardných 0.05, s výnimkou post-hoc analýz, kde bude hladina významnosti korigovaná kvôli *family wise error*.

6 Diskusia

Tématike vzťahu socioekonomického statusu a zdravia sa venovalo veľké množstvo autorov, prichádzajúcich s relatívne rovnakými výsledkami – lepšia pozícia v sociálnom rebríčku = lepšie zdravie. Avšak pojmá socioekonomického statusu a jeho možné formy jeho operacionalizácie sú podobne široké, ako pojmá a vymedzenie zdravia. Podľa Hausera a Carrovej (1994) môže variabilita používaných operacionalizácií značiť konceptuálnu nejasnosť a neistotu či absenciu konsenzu. Títo autori sa snažili zachytiť rôznorodosť meraní SES vo výskumoch zdravia v rámci 9 ročníkov časopisu *Journal of Health and Social Behavior*. Zistili, že z identifikovateľných operacionalizácií bolo najčastejším indikátorom SES vzdelanie (v 81% prípadov textov), príjem (buď ako ročný, upravený pre veľkosť domácnosti, otázka na dostatočnosť príjmu a i.) v 73% prípadov, prestíž povolania v 24% štúdií.

V súvislosti s operacionalizáciou SES vo vzťahu k zdraviu môžeme polemizovať o prenositeľnosti štúdií medzi rôznymi krajinami. V rámci premennej príjmu je potrebné vnímať kontext cien tovaru a služieb v danej krajine, oblasti bežných výdavkov. U prestíže povolania je diskutabilný už spôsob merania, niekedy sa vychádza z hodnotení povolaní v rámci prieskumov verejnej mienky (tzv. census polls), inokedy ide o normatívne vytvorené kategórie autormi (napr. ISSP Slovensko 2012).

Špecifická je situácia krajín bývalého socialistického bloku, ktoré prechádzali v posledných desaťročiach výraznými zmenami. Pri medzinárodných porovnaníach nerovnosti v zdraví sa zistilo niekoľko výsledkov:

Potvrdil sa predpoklad, že s nárastom ekonomickej a sociálnej diferenciacie v postsocialistických krajinách rastie stratifikačný rozdiel v zdraví. Príkladom je nárast vzdelanostnej nerovnosti v mortalite (Shkolnikov, Andreev, Jasilionis, Leinsalu, Antonova & McKee, 2006; Leinsalu et al., 2009).

Dôsledky transformácie mali výrazne negatívnejší dosah na obyvateľstvo s nižším sociálno-ekonomickým postavením, vrátane zdravia. Príkladom sú Rómovia, u ktorých dochádza ku kumulácii viacerých znevýhodnení. Štúdie venované životným podmienkam Rómov na Slovensku potvrdzujú výrazne častejší výskyt

horšieho zdravotného stavu a prístupu k zdravotnej starostlivosti (Kolarcik, Madarasova Geckova, Orosova, van Dijk & Reijneveld, 2009; Filadelfiová & Gerbery, 2012).

Od deväťdesiatych rokov minulého storočia začínajú zistenia ohľadne zdravotného stavu populácie na Slovensku a jeho diferenciácie korešpondovať so zisteniami z iných krajín. Potvrdil sa napríklad vzťah dosiahnutého vzdelania a strednej dĺžky života u mužov i žien, vplyv vzdelania na pôrodnú váhu dieťaťa, či vplyv vzdelania, sebazaradenia sa do určitej spoločenskej triedy a nižšieho príjmu na subjektívne hodnotenie vlastného zdravotného stavu na frekvenciu fyzickej aktivity (Džambazovič & Gerbery, 2014), ako i vplyv vzdelania na výskyt zdravotných obmedzení (Kreidl, 2008). Socioekonomický status rodičov diferencoval zdravie adolescentov a vysoko koreloval s ich rizikovým správaním vo vzťahu k zdraviu (Gecková, Madarasová, van Dijk, Honcariv & Groothoff, 2003), pričom kľúčovú úlohu zohrávalo vzdelanie matky a jej zamestnanie.

Čo sa variability operacionalizácie zdravia týka, ide v podstate ruka v ruke s variabilitou použitých nástrojov. Kreidl a Hošková (2008) vyčleňujú zhruba 5 skupín. Jednak subjektívne dotazníkové otázky na celkové duševné alebo fyzické zdravie. Podľa viacerých autorov ide o úsporné a validné jednoduché otázky, táto forma bola zvolená aj v našom návrhu výskumu (Ferraro & Farmer, 1999; Idler & Benyamini, 1997; Knäuper & Turner, 2003). Ďalej objektívne dotazníkové otázky na diagnostikované choroby, ťažkosti a hospitalizácie – náročnejšie na priestor a čas, na druhej strane komplexne mapujúce ťažkosti. Jednoduché testy zdatností (napr. či je respondent schopný za desať sekúnd urobiť päť drepov). Ďalšou kategóriou je zber biologických vzoriek a zisťovaní telesných parametrov (odber krvi a/lebo moči, meranie teploty). Pri dostupných zdrojoch možno spoliehať na oficiálne medicínske záznamy.

Navrhovaný projekt pracuje so subjektívnym hodnotením zdravia, nakoľko je doložená vysoká prediktívna validita subjektívne hodnoteného zdravia (Ferraro & Farmer, 1999). Predikcia úmrtnosti je presnejšia na základe subjektívne hodnoteného zdravia než na základe lekármi prevedených vyšetrení a medicínskych testov. Ďalšia analýza (Benyamini & Idler, 1999) rozširuje množinu

recenzovaných štúdií a potvrdzuje, že subjektívne merané zdravie vykazuje značnú prediktívnu validitu.

SES navrhovaný projekt pojíma ako kombináciu príjmovej kategórie a najvyššieho dosiahnutého vzdelania i samotné tieto komponenty. Sleduje vzťah ktorý je súčasťou štúdie Hrabovskej a Sopóciho (2015).

Voľba dotazníkového šetrenia je podporená zámerom získať údaje od veľkého počtu respondentov. Ďalším argumentom je anonymita šetrenia, jednoduchosť a rýchlosť prevedenia on-line formou.

Využitelnosť výskumu navrhovaného výskumu spočíva v opätovnom overení vzťahu subjektívneho hodnotenia zdravia a socioekonomického statusu, vrátane samostatných efektov vzdelania a príjmu. Taktiež prispieva novými dátami z oblastí menších obcí.

Spôsob získavania dát on-line formou s cieľom na vybrané demografické kategórie (veľkosť sídla, vzdelanie, apod.) má zámerom byť pilotážou pre štúdie s väčšou vzorkou, reprezentujúcou populáciu SR, čo by mohlo vykazovať ekonomickú a časovú úspornosť v porovnaní s osobnou administráciou. Tiež tak môžeme lepšie ošetriť problém sociálnej dezirability pri osobnej administrácii.

Problémom nášho návrhu výskumu môže byť:

Postup pri výbere vzorky je nenáhodný, vzorka nemusí korešpondovať s celkovou populáciou v sledovaných premenných (vek, pohlavie, vzdelanie, príjem), čo znižuje možnosti generalizácie výsledkov.

Intervenujúcou premennou na strane probanda tiež potenciálne môže byť jeho aktuálny zdravotný stav (predpokladáme, že jedinec aktuálne chorý by mohol hodnotiť svoje zdravie na škále nižšie ako za situácie).

Taktiež je otázka, do akej miery budú výsledky skresľovať probandi – seniori v dôchodkovom veku, nakoľko sa u nich kumulujú zdravotné problémy.

Ďalej 5-stupňová škála môže nahrávať stredným hodnotám, rovnako ako všeobecne položená otázka na zdravie „celkovo.“

Limity tohto zberu dát spočívajú v odlišnom chápaní pojmu „zdravie.“ Samotná otázka ohľadom zhodnotenia celkového zdravia najprv vyžaduje zo strany respondenta vhodnú interpretáciu, teda uvedomenie si, čo je zdravie. Výsledné hodnotenie potom závisí na respondentových predchádzajúcich skúsenostiach a vedomostiach. Knäuper & Turner (2003) prichádzajú vo svojej štúdii s modelom postupu, ako hodnotiť zdravie, od okamihu, kedy si respondent prečíta otázku, až ku konečnej odpovedi. Autorky pracujú s päťbodovú symetrickú škálou subjektívneho hodnotenia zdravia (výborné, veľmi dobré, dobré, zlé, veľmi zlé). V prípade, že si človek neuvedomuje žiadne zdravotné problémy a cíti sa dobre, hodnotí svoje zdravie ako výborné. V opačnom prípade si človek vo svojej mentálnej reprezentácii premieta tzv. sémantické znalosti (napr. návštevy u doktora, rizikové faktory, subjektívne teórie), tzv. epizodickej znalosti (napr. skúsenosti s bolesťou, vitalita, vnímanie tela) a konečne tzv. informácie o zmene (napr. postupy liečebných procesov, zmeny v živote). Všetky tri zložky následne respondent vyhodnotí ako jeden celok, ktorý ďalej porovnáva s ľuďmi podobného veku, socioekonomického statusu a rovnakého pohlavia; určitú úlohu zohráva aj typ osobnosti. Ak je výsledok tejto komparácie skôr pozitívny, potom respondent hodnotí svoje zdravie ako výborné alebo veľmi dobré, ak je výsledok naopak negatívny, hodnotenie sa odráža v kategóriách zlé a veľmi zlé. V prípade, že sa respondentovo porovnanie neprikláňa ani k pozitívnej, ani k negatívnej strane, potom hodnotia svoje zdravie v prostrednej kategórii - dobré. Reálne respondent môže svoje celkové zdravie hodnotiť ako veľmi dobré, ale zároveň trpieť radom zdravotných ťažkostí; úlohu pri hodnotení zohráva aj aktuálny psychický a fyzický stav. Veľký vplyv môže mať aj komparácia vlastného hodnotenia všeobecného hodnotenia ostatných ľudí či s nejakým vopred očakávaným výsledkom; respondent jedinec tak nemusí nutne vedome zatajovať niektoré objektívne zdravotné ťažkosti.

Ďalším potenciálnym limitom môže byť generalizácia zistení z našich dát, nakoľko sa bude jednať o cielenie na menšie obce v rámci Slovenskej republiky. Túto voľbu podkladáme záujmom o rozšírenie dát o ďalšie skupiny, než boli skúmané v rámci IPSS 2012.

Ďalšou možnou zvažovanou intervenujúcou premennou by mohol byť vek či pohlavie, ktoré v analýzy dát nezohľadňujeme. V neposlednom rade profesia, ktorá je často súčasťou operacionalizácie SES, v našom prípade sme ju vynechali z dôvodu záujmu inšpirácie formou výskumu už uskutočňovaného, ktorý s touto premennou taktiež neoperoval.

Význam nášho výskumu vidíme predovšetkým v zisku nových dát od relatívne početnej vzorky, ktoré môžeme porovnávať s predchádzajúcimi a veľmi pravdepodobne v budúcnosti ďalšími uskutočnenými skúmaniami v tejto oblasti.

Záver

Vzťah medzi socioekonomickým statusom a zdravím patrí medzi najlepšie doložené, objektivizované údaje súčasného sociálneho výskumu (Kreidl & Hošková, 2008). Vzťah medzi zdravím a socioekonomickým statusom je identifikovaný bez ohľadu na spôsob merania socioekonomického statusu. Vzťah je konzistentný a robustný, hoci sila tohto vzťahu sa v jednotlivých krajinách líši. Vo vyspelých krajinách síce v súčasnosti ľudia žijú v priemere dlhšie a zdravšie než predošlé generácie a úroveň zdravia sa v posledných desaťročiach neustále zlepšovala, ale množstvo analýz potvrdzuje existenciu pretrvávajúceho sociálneho gradientu v zdraví (Wilkinson & Marmot, 2003; Budrys, 2010).

Predkladaná práca si kládla za cieľ spracovanie pojatí pojmov zdravie a socioekonomický status v pojatí M. Webera. Výpočet možného pojatia a definícií sme považovali za podstatné predovšetkým preto, že sa jedná o širokú tému, ktorá v dôsledku rozličného pojatia pojmov môže výrazne vplývať na skúmané a publikované výsledky.

Pokračovanie práce v podobe možností dvoch smerov vzťahu zdravia a socioekonomického statusu, teda príčinnosť smerujúca od zdravia k SES a smer opačný, výskumne významnejšie overený, bolo zvolené s cieľom uviesť do problematiky z dvoch základných možných smerov prístupu. Teórie spracúvajúce povahu tohoto vzťahu ďalej objasňujú možné pojatie a zachytenie tohto vzťahu. Hypotéza. psychosociálnej príčiny bola ďalej zmienená pre uvedenie prístupu z pohľadu možných psychologických premenných.

V závere pokračuje návrh výskumu posúdenia vzťahu socioekonomického statusu a subjektívneho vnímania zdravia na slovenskej populácii, doplnenom o diskusiu, predkladajúcu úskalia výskumu v tejto oblasti všeobecne. Dôvodom voľby tejto formy skúmania je aktuálnosť potreby skúmania tejto oblasti a zároveň udržať podobnosť s realizovanými štúdiami s možnosťou porovnávania. Napriek nejednoduchšej práci v oblasti výskumu tejto témy je zjavné, že súčasná európska spoločnosť túto tému vníma ako dôležitú a hodnú pozornosti a ďalšieho spracovania.

Téma zdravia dominuje v spoločnosti a patrí k dôležitým životným hodnotám jedinca. Prepojenie so socioekonomickým statusom vnímam ako obzvlášť dôležitú tému k štúdiu, nakoľko sa javí ich prepojenosť ako značne pevná a nepopierateľná. Môže byť preto v rámci spoločenských zmien a snáh o skvalitnenie zdravia jednou z hlavných tém, s ktorou pracovať.

Zoznam použitej literatúry

Adler, N. E., & Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123.

Aittomäki, A., Lahelma, E., & Roos, E. (2003). Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(2), 159-165.

Anderson, C., Hildreth, J. A., & Howland, L. (2015). Is the desire for status a fundamental human motive? A review of the empirical literature. *Psychological Bulletin*, 141(3), 574-601.

Barger, L. K., Cade, B. E., Ayas, N. T., Cronin, J. W., Rosner, B., Speizer, F. E., & Czeisler, C. A. (2005). Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *The New England Journal of Medicine*, 352(2), 125-134.

Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53(10), 1373-1381

Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.

Baum, A., Garofalo, J. P., & Yali, A. M. (1999). Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 131-144.

Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies 1995-1998. *Research on Aging*, 21, 392-401. doi:10.1177/0164027599213002

Berndt, D. J., Fisher, J. W., Rajendrababu, R. V., & Studnicki, J. (2003, February). Measuring healthcare inequities using the Gini index. Published in 36th Annual Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii.

Blustein, D. L. (2006). *The psychology of working: A new perspective for career development, counseling, and public policy*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Blustein, D. L. (2008). The Role of Work in Psychological Health and Well-Being: A Conceptual, Historical, and Public Policy Perspective. *American Psychologist*, 63(4), 228-240.

Boe, Serlachius, Sivertsen, Petrie & Hysing (2018). Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: the Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(1):1-9.

Bourdieu, P., Passeron, J. C. (1990), *Reproduction in education, society and culture*, London: Sage.

Budrys, G. (2010). *Unequal Health: How Inequality Contributes to Health Or Illness*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.

Businelle, M., Mills, B. A., Chartier, K. G., Kendzor, D.E., Reingle, J.M. Shuval, K. (2014). Do stressful events account for the link between socioeconomic status and mental health? *Journal of Public Health* 36(2):205-12.

Cairney, J., & Krause, N. (2005). The Social Distribution of Psychological Distress and Depression in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 17(6), 807-835.

Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.

Dembe, A. E., Erickson, J. B., Delbos, R.G., & Banks, S. M. (2005). The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 588-597.

Distribution of Wealth (1931). *Saturday Evening Post*, 204(16), 24

Dixon, L., Goldberg, R., Lehman, A., & MacNary, S. (2001). The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(1), 17-23.

Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 1-19.

Džambazovič, R. & Gerbery, D. (2014). Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno- ekonomický status ako determinant zdravia. *Sociológia*, 46(2). 194-219.

Elstad, J. I. (1998). The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 598-618.

Engels D. & Thielebein C. (2011). Zusammenhang von sozialer Schicht und Teilnahme an Kultur-, Bildungs- und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche. Köln.

Ferraro, K. F., & Farmer, M. M. (1999). Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity? *American Sociological Review*, 64(2), 303-315.

Filadelfiová, J., & Gerbery, D. (2012). *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku 2010*. Bratislava: UNDP.

Fuchs, V. R. (1982). Time Preference and Health: An Exploratory Study. In V. R.

Furnée, C.A., Groot, W., van den Brnk, H.M. (2008). The health effects of education: a meta-analysis. *European Journal of Public Health* 18(4), 417-421.

Galama, T. J., & van Kippersluis, H. (2019). A Theory of Socio-economic Disparities in Health over the Life Cycle. *The Economic Journal*, 129(617), 338–374.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(1), 7-12.

Gecková Madarasová, A., van Dijk, J. P., Honcariv, R., & Groothoff, J. W. (2003). Influence of health risk behavior and socio-economic status on health of Slovak adolescents. *Croatian Medical Journal* 44(1), 41-49.

Gillen, M., Baltz, D., Gassel, M., Kirsch, L., & Vaccaro, D. (2002). Perceived safety climate, job demands, and co-worker support among union and nonunion injured construction workers. *Journal of Safety Research*, 33(1), 33-51.

Gillernová, I., Kebza, V., Rymeš, M. et al. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing.

Grossman, M., & Kaestner, R. (1997) Effects of education on Health. In J. R. Behrman, & N. Stacey (Eds.), *The social benefits of education*, pp. 69-124. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Guimont, C., Brisson, C., Dagenais, G. R., Milot, A., Vézina, M., Mâsse, B., Moisan, J., Laflamme, N., & Blanchette, C. (2006). Effects of Job Strain on Blood Pressure: A Prospective Study of Male and Female White-Collar Workers. *American Journal of Public Health*, 96(8), 1436-1443.

Harper, S, & Lynch, J. (2010). *Methods for Measuring Cancer Disparities: A Review Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. Washington, DC: National Cancer Institute

Hauser, R. M. & Carr, D. (1994). „Measuring Poverty and Socioeconomic Status in Studies of Health and Well-being.“ *Center for Demography and Ecology Working*

Paper 94-24 [online]. Madison: University of Wisconsin – Madison [cit. 24.1.2008]. Dostupné z: <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/94-24.pdf>.

Häuberer, J., Šafr, J. (2012). „Sociální kapitál a jeho vliv na status v počátku profesní kariéry.“ Pp. 50-67 in Šafr, Jiří a kolektiv. *Mechanismy mezigenerační reprodukce nerovností*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Hill, R. J. (2000). How Best To Measure Welfare, Real Income And Output? *Review of Income and Wealth*, 46(1), 117-127.

Hnilica, K. (2006). Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 50(1), 16-35.

Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 38(1), 21-37.

International Standard Classification of Education (ISCED) 2011. dx.doi.org. 2012.

Jen, M.H, Jones, K. & Johnston, R. (2009). Compositional and contextual approaches to the study of health behaviour and outcomes: using multi-level modelling to evaluate Wilkinson's income inequality hypothesis. *Health Place*. 15(1):198-203

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307-316.

Kapr, J., & Müller, Č. (1986). *Kniha o nemoci*. Praha: Avicenum.

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24(2). 285-308

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Keller, J. (1995). *Dvanáct omylů sociologie*. Praha: SLON.

- Keller, J., & Tvrđý, L. (2008). *Vzdělanostní společnost?*. Praha: SLON.
- Knäuper, B., & Turner, P. A. (2003). Measuring health: Improving the validity of health assessments. *Quality of Life Research*, 12(1), 81–89.
- Kolarcik, P., Madarasova Geckova, A., Orosova, O., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(12), 1043-1048.
- Kreidl, M. (2008). *Cesty ke vzdělání: Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní nerovnosti v socialismu*. Plzeň: Vydavatelství Západočeské univerzity.
- Kreidl, M., & Hošková, L. (2008). Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích. *Data a výzkum, AV ČR, Sociologický ústav*, 2, 131-154.
- Kristensson, P., & Öhlund, L. S. (2005). Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 77-84.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplné existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
- Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Geneva: World Health Organization
- Kuper, H., & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 147-53.

Landsbergis, P., Cahill, J., & Schnall, P. (1999). The Impact of Lean Production and Related New Systems of Work Organization on Worker Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 108-30.

Lareau, A. (2003). *Unequal Childhoods*. Berkeley, California: University of California Press.

Leinsalu, M., Stirbu, I., Vågerö, D., Kalédienė, R., Kovács, K., Wojtyniak, B., Wróblewska, W., Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2009). Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *International Journal of Epidemiology*, 38(2), 512–525.

Liebertson, S. (1985). *Making It Count: The Improvement of Social Research and Theory*. Oakland, California: University of California Press

Life course impacts of health status on social and economic outcomes and transitions (2018). Loughborough University. Retrieved from: <https://www.health.org.uk/research-projects/life-course-impacts-of-health-status-on-social-and-economic-outcomes-and>

Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior, Special No: Forty Years of Medical Sociology*, 80-94.

Linton, R. (1945). *The cultural background of personality*. Oxford, England: Appleton-Century.

Lundberg, U. (2006). Stress, subjective and objective health. *International Journal of Social Welfare*, 15(1), 41-48.

Lynch, M. A., & Browne, K. D. (1996). Surviving stress. *Child Abuse Review*, 5(1), 1-3.

- MacDonald, L. A., Härenstam, A., Warren, N. D., & Punnett, L. (2008). Incorporating work organisation into occupational health research: an invitation for dialogue. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(1), 1-3.
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Entner Wright, B. R., & Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131.
- Mirowski, J. & Ross, C.E. (2003). *Education, Social Status, and Health*. Aldine de Gruyter.
- Neumayer, E., & Plümper, T. (2016). Inequalities of Income and Inequalities of Longevity: A Cross-Country Study. *American Journal of Public Health*, 106(1), 160–165.
- Petrusek, M. (2009). *Základy sociologie*. Praha: Akademie veřejné správy.
- Provazník, K., & Komárek, L. (2011). *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI.
- Rehák, R. & Dragúňová S. (2015). Sociálno-ekonomické determinanty vplyvu na zdravie v Slovenskej republike. *Studia commercialia Bratislavensia* 30(8).
- Rose, G. & Marmot, M.G. (1981). Social Class and Coronary Heart Disease. *British Heart Journal*, 45, 13-19.
- Ross, & C.E. Wu, Ch. The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60(5) 719-745.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Scott, J., Leonhardt, D. (2005). Shadowy Lines that Still Divide. *NY Times*.

Sedikides, C. & Guinote, A. (2018). How status shapes social cognition: Introduction to the special issue, „The status of status: vistas from social cognition“. *Social Cognition*, 36(1), 1-3.

Sheiner, E.K., Sheiner, E., Carel, R., Potashnik, G. & Shoham-Vardi, I. (2002). Potential association between male infertility and occupational psychological stress. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 44(12):1093-9.

Shkolnikov, V, Andreev, E., Jasilionis, D., Leinsalu, M., Antonova, O. I. McKee, M. (2006). The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(10),875-881.

Schermer, V. L. (2007). *Duch a duše: Nové paradigma v psychologii, psychoanalýze*. Praha: Triton.

Schwab, J. F., & Lew-Williams, C. (2016). Language learning, socioeconomic status, and child-directed speech. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 7(4), 264-275.

Siegrist, J. (2013). Effort-reward imbalance at work and depression: current research evidence. *Nervenarzt*. 84(1), 33-7.

Smith, T.W. & Hout, M. (2012). Prestige and Socioeconomic Scores for the 2010 Census Codes. *GSS Methodological Report No. 124*.

Sopóci, J., Džambazovič, R., & Gerbery, D. (2012). *Zdravie a zdravotná starostlivosť ISSP Slovensko 2012*. Bratislava: Stimul.

Sopóci, J., Hrabovská A. (2015). Kultúrno-behaviorálna podmienenosť nerovností v oblasti zdravia na Slovensku* *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 51(4), 667–699.

Sorensen, G., Barbeau, E., Hunt, M. K., & Emmons, K. (2004). Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *American Journal of Public Health*, 94(2), 230-239.

Státní zdravotní ústav Praha. (2004). Hodnocení zdravotního stavu (Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky) Odborná zpráva za rok 2003. Praha: SZÚ. Retrieved from <http://www.szu.cz/publikace/studie-helen>

Státní zdravotní ústav Praha. (2006). Hodnocení zdravotního stavu. Studie HELEN. Odborná zpráva za rok 2005. Praha: SZÚ. Retrieved from http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Helen_05.pdf

Státní zdravotní ústav Praha. (2014). Hodnocení zdravotního stavu studie HELEN. Odborná zpráva za rok 2014. Praha: SZÚ. Retrieved from http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/Odborna_zdrav_2014.pdf

Sterling, P. (2004). Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology, and Rational Therapeutics. In J. Schulkin (Ed.), *Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation* (pp. 17-64). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Straková, J. (2018). Vzdělávací politika a mezinárodní výzkumy výsledků vzdělávání v ČR. *ORBIS SCHOLAE* [online]. 2018, 3(3), 103-118 [cit. 2019-06-15].

Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., d'Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. G., Krogh, V., Kelly-Irving, M., Layte, R., Lasserre, A., Marmot, M. G., Preisig, M., Shipley,

M. J., Vollenweider, P., Zins, M., Kawachi I., Steptoe, A., Mackenbach, J. P., Vineis, P., Kivimäki, M., & LIFEPAth consortium. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet*, 25(389), 1229-1237.

Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J., & Mackenbach, J. P. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 592-600.

Šanderová, J. (2000). *Sociální stratifikace. (Problém, vybrané teorie, výzkum.)*. Praha: Karolinum.

Šolcová, I. & Kebza, V. (2002). Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie* 46(3), 219-224.

Šolcová, I., & Kebza, V. (2007). Psychosocial inequalities in health: two Czech national studies. *Československá psychologie*, special issue published on the occasion of the European Congress of Psychology in 2007 in Prague, 62-69.

Šolcová, I., Kebza, V. (2006). Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. *Československá psychologie* 50(5), 419-430.

Šolcová, I., Kebza, V., Kodl, M., Kernová, V. (Nd.) Hlavní výzkumné linie v oblasti nerovností ve zdraví. Státní zdravotní ústav.

The World Factbook. Country Comparison: Distribution of Family Income – Gini Index (Nd.) Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html>

Thompson, C.A., Beauvais, L. L & Lyness, K.S. (1999). When Work–Family Benefits Are Not Enough: The Influence of Work–Family Culture on Benefit Utilization, Organizational Attachment, and Work–Family Conflict. *Journal of Vocational Behavior* 54(3), 392-415.

Tuček, M. www.cvvm.cz. [online]. [cit. 2019-06-10]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf

Unknown author (2001). Measuring health inequalities: Gini coefficient and concentration index. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/307497>

Vukojevic, Zovko, Talic, Tanovic, Resic, Vrdolajk & Splavski (2017). Parental Socioeconomic Status as a Predictor of Physical and Mental Health Outcomes in Children - Literature Review. *Acta Clinica Croatica* 56(4), 742-748.

Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 281.

Weber, Max (1946). *From Max Weber*, trans. and ed. Hans Gerth and C. Wright Mills. New York, Free P.

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2nd ed.). Copenhagen: World health organization, Regional Office for Europe.

Wilkinson, R.G. (1997). Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal* 314(7080): 591–595.

World Health Assembly (1977). Thirtieth World Health Assembly, Geneva,: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86037>

World Health Organisation (1946). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO. Retrieved from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization (1998). *Health for all in the 21st century*. Geneva: WHO. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1

Wright, J., Williams, R. & Wilkinson, J.R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *British Medical Journal* 316(7140):1310-3.

Zeng-ying, C., & Kaplan, H. B. (2003). The Impact of Family Structure during Adolescence on Deviance in Early Adulthood. *Deviant Behavior*, 18(4), 365-391.

Žejglicová, K. (2007). Socio-ekonomické determinanty zdraví. Presentation presented at: [SZÚ Praha].

Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1 Prestíž povolání (priemerné bodové hodnotenie) v rokoch 2004 – 2016

Tabuľka č. 2 Zisťovanie subjektívneho hodnotenia zdravotného stavu v medzinárodných výskumoch.

Tabuľka č. 3 Operacionalizácia sociálno-ekonomického statusu na základe príjmu a dosiahnutého vzdelania

Príloha č. 1

Dotazník hodnotenia zdravia

V tomto dotazníku prosím vyberte prosím možnosť, ktorá najlepšie odzrkadľuje Vaše hodnotenie svojho zdravotného stavu. Dotazník slúži k vedeckým účelom, uvádzajte preto prosím pravdivé informácie. Dotazník je anonymný, nepíšte svoje meno.

...

Povedali by ste, že Váš zdravotný stav je celkovo: *

- ☐ Výborný
- ☐ Veľmi dobrý
- ☐ Dobrý
- ☐ Ako-tak dobrý
- ☐ Zlý

Pohlavie *

- ☐ Muž
- ☐ Žena

Vek *

Text krátkej odpovede

Žijem v kraji *

- ☐ Bratislavskom
- ☐ Trnavskom
- ☐ Trenčianskom
- ☐ Nitrianskom
- ☐ Žilinskom
- ☐ Banskobystrickom
- ☐ Prešovskom
- ☐ Košickom

Obec, v ktorej žijem má *

- ☐ do 1000 obyvateľov
- ☐ 1001-5000 obyvateľov
- ☐ 5001-20000 obyvateľov
- ☐ 20001-100000 obyvateľov
- ☐ nad 100000 obyvateľov

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie *

- ☐ základné
- ☐ stredoškolské bez maturity
- ☐ stredoškolské s maturitou
- ☐ vysokoškolské

Výška môjho čistého mesačného príjmu *

- ☐ do 450 EUR
- ☐ 451-900 EUR
- ☐ nad 900 EUR